

**Gesuch um Erteilung eines
Lernfahr- oder Führerausweises**

Familienname

Lediger Name

Vorname(n)

Strasse Nr.

PLZ / Ort

Heimatort(e) / Kt.

Ausländer: Nationalität

Geburtsdatum

Telefon tagsüber

Geschlecht weiblich männlich

Email

Ein Passfoto beilegen

Bitte beachten Sie folgende Kriterien:

- farbiges Passfoto
- Computerprints nur auf Fotopapier ohne sichtbare Pixelstruktur
- Format ca. 35 x 45 mm
- Frontaufnahme mit direktem Blick in die Kamera
- nicht älter als ein Jahr
- neutraler Hintergrund
- keine Kopfbedeckung
- keine Spiegelung bei Brillengläsern
- keine Gegenstände oder andere Personen im Bild

↑ **Unterschrift des Gesuchstellers**
innerhalb dieses Feldes mit schwarzer Farbe

Bestätigung der Personalien durch die Einwohnerkontrolle
Für die Identifikation muss der Gesuchsteller persönlich am Schalter erscheinen

Datum: _____

Stempel und Unterschrift:

Name der unterzeichnenden Person in Blockschrift:

Bestätigte Gesuche dürfen nicht mehr ausgehändigt werden

Bisherige Ausweise

Besitzen Sie oder besaßen Sie schon einen Lernfahr- oder Führerausweis? ja nein

Wenn ja, durch welchen Kanton oder welches Land ausgestellt? _____

Wurde Ihnen schon einmal der Lernfahr- oder Führerausweis verweigert oder entzogen? ja nein























Vorgehen und beizulegende Unterlagen

Detaillierte Informationen zum Vorgehen bzw. zu den beizulegenden Unterlagen erhalten Sie auf unserer Internetseite oder telefonisch bei der Motorfahrzeugkontrolle in Füllinsdorf.



Name Vorname

Krankheiten, Gebrechen und Süchte		
Leiden Sie an einer nicht folgenlos ausgeheilten:		
▪ Krankheit der Atmungsorgane?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Krankheit des Herzens oder der Blutgefäße?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Nervenkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Nierenkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Krankheit der Bauchorgane?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Unfallverletzung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden oder litten Sie jemals an:		
▪ Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Schwächezustände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Süchten (Alkohol, Rauschgift, Medikamente)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Geisteskrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Epilepsie oder epilepsieähnlichen Anfällen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Gehörlosigkeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie je in einer Heilstätte für Alkohol- kranke hospitalisiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie je eine Entziehungskur für Rauschgift durchgemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie je in einer Klinik für Geistes- oder Gemütskranke hospitalisiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie andere Krankheiten oder Gebrechen, die Sie am sicheren Führen eines Motorfahrzeuges hindern könnten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen: _____		

Gewünschte Kategorie/n		
<input type="checkbox"/>	A	ohne Beschränkung 
<input type="checkbox"/>	A	25 kW 
<input type="checkbox"/>	A1	
<input type="checkbox"/>	B	
<input type="checkbox"/>	B1	
<input type="checkbox"/>	C	mit CZV 
<input type="checkbox"/>	C1	mit CZV 
<input type="checkbox"/>	C1	mit 118 
<input type="checkbox"/>	D	mit CZV 
<input type="checkbox"/>	D1	mit CZV 
<input type="checkbox"/>	BE	 
<input type="checkbox"/>	CE	
<input type="checkbox"/>	C1E	 
<input type="checkbox"/>	DE	 
<input type="checkbox"/>	D1E	 
<input type="checkbox"/>	F	
<input type="checkbox"/>	G	
<input type="checkbox"/>	M	
<input type="checkbox"/>	BPT 121	BPT
<input type="checkbox"/>	BPT 122	BPT

Sehtest (gültig 24 Monate)		
Auszufüllen durch eine/n ermächtigte/n Optiker/in oder Augenarzt/-ärztin, ansässig in der Schweiz		
Sehschärfe: Fernvisus	unkorrigiert	korrigiert
	R: _____ L: _____	R: _____ L: _____
Horizontales Gesichtsfeld	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> ≥ 140° <input type="checkbox"/> < 140° Ausfälle: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
Augenbeweglichkeit	<input type="checkbox"/> nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft Doppelbilder: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Blickrichtung _____	
Stereosehen	Bestehen wesentliche Einschränkungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pupillenmotorik	Liegt eine Anisokorie vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Lichtreaktion <input type="checkbox"/> prompt (beidseitig) <input type="checkbox"/> verzögert oder fehlend	
Resultat	<input type="checkbox"/> Anforderung der Gruppe _____ erfüllt <input type="checkbox"/> Ohne Sehhilfe <input type="checkbox"/> mit Brille oder Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Nur mit augenärztlicher Zustimmung	
Bemerkungen: _____		
Datum: _____ Stempel/Unterschrift: _____ Optiker/in / oder Augenarzt/ärztin		

Unterschrift	
Stehen Sie unter Beistandschaft?	
<input type="checkbox"/> ja nein	
Name und Adresse des Beistands:	

Datum: _____	
Unterschrift Gesuchsteller / Gesuchstellerin:	

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. der gesetzli- chen Vertreterin für Minderjährige/Verbeiständete (Vater, Mutter oder Beistand):	

Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigen erheblicher Tatsachen oder Vorlage falscher Bescheinigung einen Ausweis erschleicht, wird mit Gefängnis oder Busse bestraft (Art. 97 SVG) und hat mit dem Entzug des Ausweises zu rechnen (Art. 16 SVG).