

## 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:

- aktuelles farbiges Passfoto (nicht älter als 5 Jahre)
- Computerprints nur auf Fotopapier
- ohne sichtbare Pixelstruktur
- Format ca. 35 x 45 mm
- Frontaufnahme mit direktem Blick in die Kamera
- 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 Gesuchstellende persönlich am Schalter erscheinen








Datum: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift:

Name der unterzeichnenden Person in Blockschrift:  
 \_\_\_\_\_

**Bestätigte Gesuche dürfen nicht mehr ausgehändigt werden**

### Gewünschte Kategorie(n)

|  |                          |                          |  |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  Anhänger |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |  |  | Taxi |  |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--|------|--|
| A   | A35                      | A1                       | B   | B1                       | C<br>CZV  | C1<br>CZV                | C1<br>118                | D<br>CZV  | D1<br>CZV                | BE                       | CE   | C1E                      | DE                       | D1E                      | F                        | G   | M                        | BPT<br>121               | BPT<br>122  |  |      |  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |  |      |  |

### Bisherige Ausweise

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Besitzen Sie oder besaßen Sie schon einen Lernfahr- oder Führerausweis?             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, durch welchen Kanton oder welches Land ausgestellt?                        | _____                       |                               |
| Wurde Ihnen schon einmal der Lernfahr- oder Führerausweis verweigert oder entzogen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> 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

| <b>Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum</b>  | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung:</b>                    |                          |                          |
| • Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder andere Stoffwechselerkrankung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Herz-Kreislauf-Erkrankung (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörungen usw.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Augenerkrankung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erkrankung der Atmungsorgane (ohne Erkältungskrankheiten)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erkrankung der Bauchorgane?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erkrankung des Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungerscheinungen)?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nierenerkrankung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erhöhte Tagesschläfrigkeit?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Chronische Schmerzzustände?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken-, Extremitätenverletzungen)?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:</b>  |                          |                          |
| • Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie/ambulante Behandlung)?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (stationär oder ambulanz)?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/<br>Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Fahrzeugs hindern könnten?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bemerkungen oder Ergänzungen zu den obigen Angaben:</b>  |                          |                          |
|   |                          |                          |

**Strafbestimmungen**

*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).*

**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:**

Keine Einschränkung       ≥ 140       < 140

**Ausfälle:**

nein       ja       rechts       links

oben       unten

**Augenbeweglichkeit:**

nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links und links unten geprüft

Doppelbilder       nein       ja, Richtung: \_\_\_\_\_

**Stereosehen**  
 Bestehen wesentliche Einschränkungen?       ja       nein

**Pupillenmotorik**  
 Liegt eine Anisokorie vor?       ja       nein  
 Lichtreaktion       prompt (beidseitig)       verzögert / fehlend

**Beurteilung:**

Anforderungen der Gruppe \_\_\_\_\_ erfüllt

ohne Sehhilfe       Mit Brille / Kontaktlinsen

Nur mit augenärztlicher Zustimmung

Bemerkungen:

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift  
 Optiker/In oder Augenarzt/-ärztin

**Unterschrift**

Stehen Sie unter Beistandschaft?

ja       nein

Name und Adresse des Beistands:

\_\_\_\_\_

**Datum:**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Gesuchstellerin / Gesuchsteller**

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

\_\_\_\_\_