



► Motorfahrzeugkontrolle

Bestätigung der Identifikation durch die Motorfahrzeugkontrolle
oder die Einwohnerkontrolle

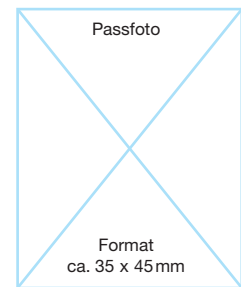
Datum _____ Unterschrift _____

Reg. Nr. _____

Gesuch um Erteilung eines Lernfahr- bzw. Führerausweises der Kategorie

(1. Gesuch erfordert persönliches Vorsprechen, ab 2. Gesuch sollte es per Post eingereicht werden)

A	A35KW	A1	B	B1	C	C1	D	D1	BE	CE	C1E	DE	D1E	F	G	M	BPT	BPT
																	121	122



1. Personalien (Bitte Gross- / Kleinschrift in schwarzer oder blauer Farbe)

Name _____

Vorname(n) _____

Strasse, Nr. _____

PLZ _____ Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

▽ Unterschrift Gesuchsteller/in (innerhalb dieses Feldes
in schwarzer oder blauer Farbe) ▽

2. Elektronischer Lernfahrausweis erwünscht?	ja	nein
☐	☐	☐
3. Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum		
3.1 Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung:	ja	nein
- Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselerkrankungen? _____	☐	☐
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen? _____	☐	☐
- Augenerkrankung? _____	☐	☐
- Erkrankung der Atmungsorgane? _____	☐	☐
- Erkrankung der Bauchorgane? _____	☐	☐
- Erkrankung des Nervensystems? _____	☐	☐
- Nierenerkrankung? _____	☐	☐
- Erhöhte Tagschläfrigkeit? _____	☐	☐
- Chronische Schmerzzustände? _____	☐	☐
- Nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen? _____	☐	☐
- Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen? _____	☐	☐
3.2 Hatten Sie jemals oder haben Sie heute:	☐	☐
- Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle? _____	☐	☐
- Ohnmachtsanfälle, Schwächezustände oder Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung? _____	☐	☐
- Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln oder Arzneimitteln? _____	☐	☐
- Eine psychische Erkrankung, wie Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere Depression usw.? _____	☐	☐
- Behinderungen oder andere Krankheiten, die Sie am sicheren Fahren eines Fahrzeuges hindern könnten? _____	☐	☐
3.3 Waren Sie jemals oder sind Sie heute:	☐	☐
- in einer Entzugstherapie oder in ambulanter Behandlung wegen Problemen mit Alkohol, Betäubungsmitteln oder Arzneimitteln? _____	☐	☐
- in stationärer oder ambulanter Behandlung wegen einer psychischen Erkrankung wie Schizophrenie, Psychose, einer manischen oder schweren depressiven Erkrankung usw.? _____	☐	☐
3.4 Bemerkungen: _____		
Falls Sie eine der medizinischen Fragen im Abschnitt 2 mit «Ja» beantworten, müssen Sie diesem Gesuch einen ärztlichen Bericht (Auskunft über Fahrtauglichkeit) beilegen oder erhalten ein Formular. Der ärztliche Bericht darf nicht älter als 3 Monate sein.		
4. Bisherige Ausweise und Massnahmen (CH/Ausland)		
Besitzen oder besaßen Sie schon einmal einen Lernfahr- oder Führerausweis in der Schweiz oder im Ausland? _____	ja	nein
☐	☐	☐
Wenn ja, aus welchem Kanton bzw. Staat? _____		
Wurde Ihnen schon einmal der Lernfahr- oder Führerausweis oder die Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport verweigert oder entzogen oder das Führen von Fahrzeugen verboten (CH/Ausland)? (Falls ja: Kopie des Entscheides beilegen) _____		
☐	☐	☐

5. Minderjährigkeit und Beistandschaft	ja	nein
Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft? _____	☐	☐
Name, Adresse des gesetzlichen Vertreters und dessen Unterschrift _____		
Unterschrift: _____		
6. Sehtest (soweit notwendig, 24 Monate gültig)		
Auszufüllen durch einen Optiker oder Augenarzt ansässig in der Schweiz		
Sehschärfe: Fernvisus	unkorrigiert (zwingend auszufüllen)	korrigiert
	R:..... L:.....	R:..... L:.....
Horizontales Gesichtsfeld	1. med. Gruppe ☐ ≥ 120 ☐ < 120	
Ausfälle	2. med. Gruppe ☐ ≥ 140 ☐ < 140	
	☐ nein ☐ ja ☐ rechts ☐ links ☐ oben ☐ unten	
Augenbeweglichkeit	☐ nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links und links unten geprüft ☐ ohne Einschränkung ☐ mit Einschränkung Einschränkung _____	
Doppelbilder	☐ nein ☐ ja, Richtung: _____	
Bemerkungen: _____		
Beurteilung:	Anforderung med. Gruppe 1 ☐ 2 ☐ erfüllt ☐ ohne Sehhilfe ☐ nur mit Brille/Kontaktlinsen ☐ nur mit augenärztlicher Zustimmung ☐ nicht erfüllt	
Datum Sehtest:	Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt/Optiker/in/Optomist/in: _____	

7. Strafbestimmungen

Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigen erheblicher Tatsachen oder Vorlage falscher Bescheinigungen einen Ausweis erschleicht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft (Art. 97 SVG) und hat mit dem Entzug des Ausweises zu rechnen (Art. 16 SVG).

Datum: _____

Unterschrift: _____