

**Ausweise können nicht direkt
am Schalter bezogen werden**Bestätigung der Identifikation durch die Motorfahrzeugkontrolle
oder die Einwohnerkontrolle

Datum _____ Unterschrift _____

Reg. Nr. _____

▷ Verkehrspolizei

▷ **Motorfahrzeugkontrolle****Umtausch eines ausländischen Führerausweises der Kategorie(n)****A** A35KW **A1** **B** B1 **C** C1 **D** D1 **BE** **CE** C1E **DE** D1E **F** **G** **M** BPT**1. Personalien** (Bitte Gross- / Kleinschrift in schwarzer oder blauer Farbe)

Name (Geburtsname aufführen, sofern nicht mit Familienname identisch):

Vorname(n):

Strasse, Nr.

PLZ

Wohnort:

Heimort(e)/Kanton

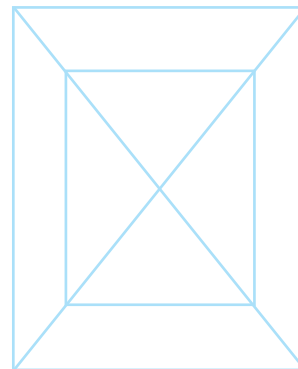
Ausländer **nur** Heimatstaat (Nationalität)Geburtsdatum:
(Tag/Monat/Jahr)

weiblich

männlich

Telefonnummer

E-Mail



(Format ca. 35 x 45 mm)

▽ **Unterschrift Gesuchsteller/in** (innerhalb dieses Feldes
in **schwarzer oder blauer** Farbe) ▽**2. Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum**2.1 Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen ja nein
in ärztlicher Behandlung:

- 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? ☐ ☐

2.2 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? ☐ ☐

2.3 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.? ☐ ☐

2.4 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.**3. Bisherige Ausweise und Massnahmen (CH/Ausland)**Besitzen oder besaßen Sie schon einmal einen Lernfahr- oder Führerausweis in der Schweiz oder im Ausland? ☐ ☐

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) ☐ ☐**4. Minderjährigkeit und Beistandschaft**ja nein
Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft? ☐ ☐
Name, Adresse des gesetzlichen Vertreters und dessen Unterschrift**5. 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

1. med. Gruppe ☐ ≥ 120 ☐ < 120

Gesichtsfeld

2. med. Gruppe ☐ ≥ 140 ☐ < 140

Ausfälle

☐ 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/Optometrist/in:**6. 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: _____

7. Bestätigung Fahrpraxis

Hiermit bestätigt die Gesuchstellerin/der Gesuchsteller, dass sie/er in den letzten 2 Jahren regelmässig ein Fahrzeug der beantragten Kategorien geführt hat und über die entsprechende Fahrpraxis verfügt.

Datum: _____ Unterschrift: _____

8. Verzichtserklärung

☐ BPT ☐ C1 ☐ C ☐ D1 ☐ D

Datum: _____ Unterschrift: _____

Die Verzichtserklärung gilt immer auch für die zugehörige Fahrzeugkombination aus einem Zugfahrzeug der jeweiligen Kategorie C1E, CE, D1E und/oder DE. Es besteht unter gewissen Voraussetzungen die Möglichkeit mit Einreichung eines entsprechenden Gesuches die verzichtete Kategorie wiederzuerlangen. Dies wird von der Motorfahrzeugkontrolle im Einzelfall geprüft.

MFK-Intern – bitte leer lassen

Umschreibung aus Land: _____ Ausweis-Nr.: _____

A1	
A35	
A	
B	
B1	
BE	
F	
G	
M	
C1	
C1E	
C	
CE	
D1	
D1E	
D	
DE	
BPT	

☐ auf Probe

☐ Kontrollfahrt

☐ Fähigkeitsausweis bestellen – gültig bis:

☐ Ausweis 63 generieren

Bemerkungen:
