

■ Gesuch um Erteilung eines Schiffsführerausweises der Kategorie
■ Gesuch um Umtausch eines ausländischen Schiffsführerausweises der Kategorie
■ Gesuch um Erneuerung des bestehenden Schiffsführerausweises

- A Motorschiff ■ A beschränkt auf Segelschiffe mit Motor ■ B Fahrgastschiff
 ■ C Güterschiff ■ D Segelschiff ■ E Schiffe besonderer Bauart

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

Name

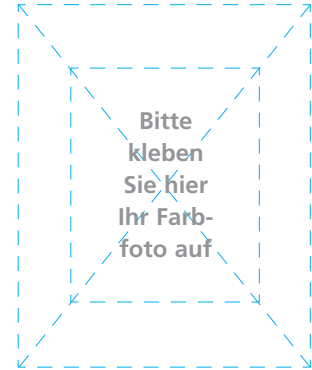
Vorname(n):

Strasse, Nr.

PLZ Wohnort:

Heimort/e (Kt.) (Ausländer Heimatstaat)

Geburtsdatum: weiblich männlich



gem. Anforderungen auf folgender Seite

E-Mail-Adresse:

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

Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigen erheblicher Tatsachen oder Vorlage falscher Bescheinigungen einen Ausweis erschleicht, wird mit Freiheitsstrafen bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft und hat mit dem Entzug des Ausweises zu rechnen (Art. 19 BSG.). Die unterzeichnete Person bestätigt, das Gesuchsformular wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|--|
| <p>2. Gehör Vermindertes Hörvermögen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>3. Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum</p> <p>3.1 Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder andere Stoffwechselerkrankung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Herz-Kreislauf-Erkrankungen (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörung usw.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Augenerkrankung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Erkrankung der Atmungsorgane ohne (Erkältungskrankheiten)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Erkrankung der Bauchorgane? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Erkrankung des Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungserscheinungen)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Nierenerkrankung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - erhöhte Tagesschläfrigkeit? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - chronische Schmerzzustände? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken-, Extremitätenverletzungen)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <p>3.2 Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie/ambulante Behandlung)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (stationär oder ambulant)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <p>3.3 Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Fahrzeugs hindern könnten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> | <p>3.4 Bemerkungen oder Ergänzungen: <input type="text"/></p> <p>Falls eine der Fragen unter 2-3.4 mit «Ja» beantwortet wird, muss diesem Gesuch ein Bericht der/des behandelnden Ärztin/Arztes beigelegt werden (andernfalls zwingende Überweisungen an eine anerkannte Ärztin/einen anerkannten Arzt der Stufe 3.)</p> <p>3.5 Sehtest (gültig 24 Monate) → beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite</p> <p>3.51 Sehschärfe: unkor. kor. Fernvisus rechts: <input type="text"/> links: <input type="text"/> rechts: <input type="text"/> links: <input type="text"/></p> <p>3.52 Horizontales Gesichtsfeld 1. medizinische Gruppe <input type="checkbox"/> ≥120 <input type="checkbox"/> <120 2. medizinische Gruppe <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 <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten</p> <p>3.53 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, Richtung: <input type="text"/></p> <p>3.54 Bemerkungen: <input type="text"/></p> <p>3.55 Beurteilung Anforderungen der:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. medizinischen Gruppe ohne Sehhilfe erfüllt</td> <td><input type="checkbox"/> 2. medizinischen Gruppe ohne Sehhilfe erfüllt</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nur mit Sehhilfe erfüllt</td> <td><input type="checkbox"/> nur mit Sehhilfe erfüllt</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht erfüllt</td> <td><input type="checkbox"/> nicht erfüllt</td> </tr> </table> <p>Bemerkungen: <input type="text"/></p> <p>Datum: <input type="text"/> Stempel/Unterschrift: <input type="text"/></p> <p>4. Bisherige Ausweise</p> <p>4.1 Besitzen oder besaßen Sie schon einen Lernfahr- oder Führerausweis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>5. Vormundschaft und Beistand Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Name und Adresse der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters: <input type="text"/></p> <p>Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters: <input type="text"/></p> | <input type="checkbox"/> 1. medizinischen Gruppe ohne Sehhilfe erfüllt | <input type="checkbox"/> 2. medizinischen Gruppe ohne Sehhilfe erfüllt | <input type="checkbox"/> nur mit Sehhilfe erfüllt | <input type="checkbox"/> nur mit Sehhilfe erfüllt | <input type="checkbox"/> nicht erfüllt | <input type="checkbox"/> nicht erfüllt |
| <input type="checkbox"/> 1. medizinischen Gruppe ohne Sehhilfe erfüllt | <input type="checkbox"/> 2. medizinischen Gruppe ohne Sehhilfe erfüllt | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> nur mit Sehhilfe erfüllt | <input type="checkbox"/> nur mit Sehhilfe erfüllt | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> nicht erfüllt | <input type="checkbox"/> nicht erfüllt | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|-------|------|---------------|------------|----------|-----|
| Gesuchskontrolle | ADMAS | Arzt | Kontrollfahrt | Fahrpraxis | Auflagen | PIN |
|------------------|-------|------|---------------|------------|----------|-----|

Strassenverkehrsamt des Kantons Luzern
Schiffahrt
Postfach 3970
6002 Luzern 2

Sehr geehrte Kundin
Sehr geehrter Kunde

Wir bitten Sie folgende Hinweise zu beachten:

- Pro Schiffsführerausweis ist ein Formular vollständig auszufüllen und zu unterschreiben (in schwarzer Farbe). Haben Sie zwei Heimateorte, dann unterstreichen Sie bitte den im Ausweis anzudruckenden.
- Kandidaten ab dem 75. Altersjahr haben dem Gesuch ein ärztliches Zeugnis beizulegen.
- Kandidaten für die Kategorien B und C haben dem Gesuch altersunabhängig ein ärztliches Zeugnis und eine Bestätigung der Fahrpraxis beizulegen.
- Bei einem Gesuch um Erneuerung des bestehenden Schiffsführerausweises sind die Gesundheitsfragen nicht zu beantworten.
- Der Sehtest muss nur absolviert werden, wenn Sie nicht bereits im Besitz eines Schiffsführerausweises, resp. Führer- oder Lernfahrausweises sind.
- Auf dem Gesuch ist ein aktuelles Passfoto anzubringen. Beachten Sie dazu unsere Foto-Anforderungen:

Anforderungen an das Passfoto

- Foto darf nicht älter als ein Jahr sein
- Farbiges Foto (schwarz-weiss wird nicht akzeptiert)
- Hintergrund einfarbig, einheitlich und neutral, keine Schatten.
- Augen müssen offen und sichtbar sein (auch bei Brillenträgern).
- Farbfoto muss scharf mit gleichmässiger Ausleuchtung sein (keine Schatten). Es darf keine Pixelstruktur ersichtlich sein.
- Für die Herstellung der Bilder darf nur speziell für Fotoabbildung vorhergesehenes Papier verwendet werden (kein reguläres Druckpapier).

Freundliche Grüsse

Strassenverkehrsamt
des Kantons Luzern