

■ Gesuch um Erteilung eines Schiffsführerausweises der Kategorie

■ Gesuch um Umtausch eines ausländischen Schiffsführerausweises der Kategorie

- 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: _____

Heimatort/e (Kt.) _____ (Ausländer Heimatstaat) _____

Geburtsdatum: (Tag/Monat/Jahr) _____ weiblich männlich

Diesem Gesuch sind beizulegen:

- aktuelles beschriftetes Passfoto, mind. 35x45 mm gross
- Ärztliches Zeugnis für Kandidaten ab dem 65. Altersjahr sowie für Kategorie B + C
- Bestätigung Fahrpraxis für Kategorie B + C

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

2. Gehör
Vermindertes Hörvermögen? Nein Ja _____

3. Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum

3.1 Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder andere Stoffwechselerkrankung? Nein Ja _____
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörung usw.)? Nein Ja _____
- Augenerkrankung? Nein Ja _____
- Erkrankung der Atmungsorgane ohne (Erkältungskrankheiten)? Nein Ja _____
- Erkrankung der Bauchorgane? Nein Ja _____
- Erkrankung des Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungserscheinungen)? Nein Ja _____
- Nierenerkrankung? Nein Ja _____
- erhöhte Tagesschläfrigkeit? Nein Ja _____
- chronische Schmerzzustände? Nein Ja _____
- nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken-, Extremitätenverletzungen)? Nein Ja _____
- Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)? Nein Ja _____

3.2 Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:

- Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln? Nein Ja _____
- Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie/ambulante Behandlung)? Nein Ja _____
- eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)? Nein Ja _____
- Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (stationär oder ambulant)? Nein Ja _____
- Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle? Nein Ja _____
- Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/ Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung? Nein Ja _____

3.3 Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Fahrzeugs hindern könnten? Nein Ja _____

3.4 Bemerkungen oder Ergänzungen: _____

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.)

3.5 Sehtest (gültig 24 Monate)

3.51 Sehschärfe: unkorrr. korr. Fernvisus rechts: _____ links: _____ rechts: _____ links: _____

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: Nein Ja rechts links oben unten

3.53 Augenbeweglichkeit nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft
Doppelbilder: nein ja, Richtung: _____

3.54 Bemerkungen: _____

3.55 Beurteilung Anforderungen der:

<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

Bemerkungen: _____

Datum: _____ Stempel/Unterschrift: _____

4. Bisherige Ausweise

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

5. Vormundschaft und Beistand

Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft? ja nein

Name und Adresse der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters: _____

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:

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters: _____
(Bei minderjährigen oder Personen, die unter umfassender Beistandschaft stehen)

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