

**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

**Pro Kategorie ein  
Passfoto beilegen**

Bitte beachten Sie folgende Kriterien:

- farbiges Passfoto
- Computerprints nur auf Fotopapier ohne sichtbare Pixelstruktur
- Format ca. 35 x 45 mm
- Frontaufnahme mit direktem Blick in die Kamera
- nicht älter als ein Jahr
- neutraler Hintergrund
- keine Kopfbedeckung
- keine Spiegelung bei Brillengläsern
- keine Gegenstände oder andere Personen im Bild

↑ **Unterschrift**

innerhalb dieses Feldes mit schwarzer Farbe

**Stehen Sie unter Vormundschaft?**

ja ⇒ Name / Adresse des Vormundes

nein

**Bestätigung der Personalien durch die Einwohnerkontrolle**

**Für die Identifikation muss der Gesuchsteller persönlich am Schalter erscheinen**

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

Stempel und Unterschrift:

Name der unterzeichnenden Person in Blockschrift:

\_\_\_\_\_

**Bestätigte Gesuche dürfen nicht mehr ausgehändigt werden**

**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

### Krankheiten, Gebrechen und Süchte

- Leiden Sie an einer nicht folgenlos ausgeheilten:
- Krankheit der Atmungsorgane?  ja  nein
  - Krankheit des Herzens oder der Blutgefäße?  ja  nein
  - Nervenkrankheit?  ja  nein
  - Nierenkrankheit?  ja  nein
  - Krankheit der Bauchorgane?  ja  nein
  - Unfallverletzung?  ja  nein

- Leiden oder litten Sie jemals an:
- Ohnmachtsanfällen?  ja  nein
  - Schwächezustände?  ja  nein
  - Süchten (Alkohol, Rauschgift, Medikamente)?  ja  nein
  - Geisteskrankheiten?  ja  nein
  - Epilepsie oder epilepsieähnlichen Anfällen?  ja  nein
  - Gehörlosigkeit?  ja  nein

Haben Sie einen zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?  ja  nein

Waren Sie je in einer Heilstätte für Alkohol- kranke hospitalisiert?  ja  nein

Haben Sie je eine Entziehungskur für Rauschgift durchgemacht?  ja  nein

Waren Sie je in einer Klinik für Geistes- oder Gemütskranke hospitalisiert?  ja  nein

Haben Sie andere Krankheiten oder Gebrechen, die Sie am sicheren Führen eines Motorfahrzeuges hindern könnten?  ja  nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### 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

Augenbeweglichkeit  
 nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft

Doppelbilder:       nein       ja, Blickrichtung \_\_\_\_\_

Stereosehen  
 Bestehen wesentliche Einschränkungen?       ja       nein



















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

Resultat       Anforderung der Gruppe \_\_\_\_\_ erfüllt  
 Ohne Sehhilfe       mit Brille oder Kontaktlinsen  
 Nur mit augenärztlicher Zustimmung

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_  
 Optiker/in / oder Augenarzt/ärztin

### Gewünschte Kategorie/n

- A ohne Beschränkung 
- A 25 kW 
- A1 
- B 
- B1 
- C mit CZV 
- C1 mit CZV 
- C1 mit 118 
- D mit CZV 
- D1 mit CZV 
- BE 
- CE 
- C1E 
- DE 
- D1E 
- F 
- G 
- M 
- BPT 121 BPT
- BPT 122 BPT

### Besitzen oder besaßen Sie schon einen Lernfahr- oder Führerausweis?

ja       nein  
 Wenn ja, durch welchen Kanton oder welches Land ausgestellt? \_\_\_\_\_

### Unterschrift

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).

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

Unterschrift Gesuchsteller / Gesuchstellerin: \_\_\_\_\_

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. der gesetzlichen Vertreterin für Minderjährige/Bevormundete (Vater, Mutter oder Vormund): \_\_\_\_\_