

Erteilung eines Schiffsführerausweises der Kategorie:

- A** Motorschiffe mit Maschinenantrieb **B** Fahrgastschiffe **C** Güterschiffe **D** Segelschiffe
- E** Schiffe mit besonderer Bauart Umschreibung ausländischer Schiffsführerausweis

1. Personalien (Identisch mit ID, Pass oder Aufenthaltsbewilligung)

Name _____

Vorname(n) _____

Strasse, Nr. _____

PLZ _____ Wohnort _____

Heimatort/Kanton (ausländische/r Staatsbürger/in Heimatstaat) _____

w m Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) _____

E-Mail _____



▼ **Unterschrift Gesuchsteller/in¹** (Rand nicht berühren) ▼

Bestätigung der Identifikation bzw. der Personalien durch Behörde

Datum _____ Stempel, Unterschrift Strassenverkehrsamt/Gemeinde _____

Redacted signature area.

2. Massnahmen

Wurde Ihnen schon einmal der Lernfahr- oder Führerausweis oder die Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport verweigert oder entzogen oder das Führen von Fahrzeugen/Schiffen verboten? 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 Stoffwechselerkrankungen? nein ja
- Herz-Kreislauf-Erkrankung? (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörungen usw.)? nein ja
- Augenerkrankung? nein ja
- Erkrankung der Atmungsorgane? (ohne Erkältungskrankheiten) nein ja
- Erkrankung der Bauchorgane? nein ja
- Erkrankung des Nervensystems? (MS, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungserscheinungen)? nein ja
- Nierenerkrankung? nein ja
- erhöhte Tagesschläfrigkeit? nein ja
- chronische Schmerzzustände? nein ja
- nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken- oder Extremitäten-Verletzungen)? nein ja
- Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis- oder Reaktionsstörungen 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 Verfügen Sie über ein vermindertes Hörvermögen? nein ja

3.5 Sehtest (gültig 24 Monate)

3.5.1 Sehschärfe Fernvisus

unkorr. rechts _____ links _____ korr. rechts _____ links _____

3.5.2 Horizontales Gesichtsfeld 1. medizinische Gruppe ≥ 120 < 120

Ausfälle nein ja rechts links oben unten

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

Doppelbilder nein ja, Richtung _____

3.5.4 Bemerkungen _____

3.5.5 Beurteilung Anforderungen der

1. medizinischen Gruppe

ohne Sehhilfe erfüllt

nur mit Sehhilfe erfüllt

nicht erfüllt

Datum _____ Stempel / Unterschrift _____

Bemerkungen und Ergänzungen

4. Vormund oder Beistandschaft

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

Wenn ja, gesetzliche/r Vertreter/in _____

Vor-/Nachname _____

Adresse _____

Unterschrift¹ _____

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).
Die unterzeichnende Person¹ bestätigt, das Formular wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

