

## 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) \_\_\_\_\_

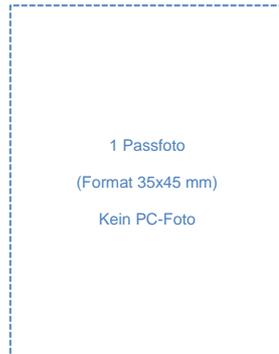
Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Heimort/Kanton (ausländische/r Staatsbürger/in Heimatstaat) \_\_\_\_\_

w     m   
 Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_



▼ Unterschrift Gesuchsteller/in<sup>1</sup> (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 / Bestätigung durch CH-Optikergeschäft oder CH-Arztpraxis. Nur notwendig, wenn kein gültiger Lernfahr- oder Führerausweis vorhanden.**

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 \_\_\_\_\_

Unterschrift<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

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 Person<sup>1</sup> bestätigt, das Formular wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

