



Kantonspolizei

Bestätigung der Identifikation durch die Motorfahrzeugkontrolle oder die Einwohnerkontrolle
Datum _____ Unterschrift _____
Reg. Nr. _____

Motorfahrzeugkontrolle

Gesuch um Erteilung eines Lernfahr- bzw. Führerausweises der Kategorie _____ (Bitte ausfüllen)
Umtausch eines ausländischen Führerausweises der Kategorien

A	A35KW	A1	B	B1	C	C1	D	D1	BE	CE	C1E	DE	D1E	F	G	M	BPT	CZV	G	E
---	-------	----	---	----	---	----	---	----	----	----	-----	----	-----	---	---	---	-----	-----	---	---

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

Name (Geburtsname aufführen, sofern nicht mit Familienname identisch):

Vorname(n):

Strasse, Nr.

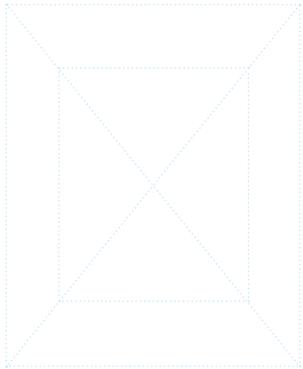
PLZ Wohnort:

Heimatort(e)/Kanton Ausländer **nur** Heimatstaat (Nationalität)

Geburtsdatum: (Tag/Monat/Jahr) weiblich männlich

Telefonnummer

E-Mail



(Format ca. 35 x 45 mm)

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

Detaillierte Angaben zum Vorgehen und den beizulegenden Unterlagen entnehmen Sie bitte unserer Internetseite www.mfk.bs.ch.

2 Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum

	Ja	Nein
2.1 Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung:		
• Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder andere Stoffwechselerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herz-Kreislauf-Erkrankung (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörungen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Augenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung der Atmungsorgane (ohne Erkältungskrankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung der Bauchorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung des Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungserscheinungen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erhöhte Tagschläfrigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chronische Schmerzzustände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken-, Extremitäten-Verletzungen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:		
• Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln? wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie/ambulante Behandlung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
• Eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)? wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (stationär oder ambulant)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Fahrzeuges hindern könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Bemerkungen oder Ergänzungen zu den obigen Angaben:		
Falls eine der Fragen unter 2.1–2.3 mit Ja beantwortet wird, muss diesem Gesuch ein Bericht der behandelnden Aerztin oder des behandelnden Arztes beigelegt werden.		

3 Vormundschaft und Beistandschaft

	Ja	Nein
3.1 Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name und Adresse der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters:		

Name

Vorname

Geb. Datum

4 Massnahmen

	Ja	Nein
4.1 Besitzen/besassen Sie schon einen Lernfahr- oder Führerausweis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Wurde Ihnen schon einmal der Lernfahr- oder Führerausweis verweigert oder entzogen oder das Führen von Fahrzeugen verboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 weitere Angaben und Beilagen beim Umtausch eines ausländischen Führerscheins

5.1 Einreisedatum in die Schweiz?
5.2 Durch welchen Staat wurde der gültige ausländische Führerschein ausgestellt?
5.3 Datum der praktischen Führerprüfung?
5.4 Bestätigung der Fahrpraxis: <input type="checkbox"/> Hiermit bestätigt die Gesuchstellerin/der Gesuchsteller, dass sie/er in den letzten 2 Jahren regelmässig ein Fahrzeug geführt hat und über die entsprechende Fahrpraxis verfügt.
5.5 Beilagen (sind vom Gesuchsteller beizulegen): <input type="checkbox"/> Gültiger ausländischer Führerausweis im Original <input type="checkbox"/> Ausländische Staatsangehörige: Ausländerausweis <input type="checkbox"/> weitere Unterlagen werden bei Bedarf separat verlangt
5.6 Die Gesuchstellerin/der Gesuchsteller verzichtet auf die Umschreibung der Kategorien
<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> BPT
Bei Verzicht auf eine Kategorie kann diese zu einem späteren Zeitpunkt nur im ordentlichen Verfahren erworben werden.

6 Beilagen beim Gesuch um einen Lernfahrausweis

Beilagen (sind vom Gesuchsteller beizulegen): – gültige Bescheinigung Nothelferkurs (nicht älter als 6 Jahre)
--

7 Strafbestimmungen

Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigen erheblicher Tatsachen oder Vorlage falscher Bescheinigung 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).

Datum

Unterschrift Gesuchstellerin/Gesuchsteller:

8 Sehtest (gültig 24 Monate)

Auszufüllen durch eine/n ermächtigte/n Optiker/in oder Augenarzt/-ärztin, ansässig in der Schweiz:
--

8.1 Sehschärfe – Fernvisus

unkorrigiert		korrigiert	
R:	L:	R:	L:
Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen ist bei Sehwerten unter 0.8 (beim besseren Auge) ein 2. Gutachten eines Augenarztes erforderlich.			

8.2 Horizontales Gesichtsfeld:

<input type="checkbox"/> 1. medizinische Gruppe (nicht berufsmässig)	<input type="checkbox"/> ≥ 120	<input type="checkbox"/> < 120
<input type="checkbox"/> 2. medizinische Gruppe (berufsmässig)	<input type="checkbox"/> ≥ 140	<input type="checkbox"/> < 140

8.3 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

8.4 Augenbeweglichkeit

<input type="checkbox"/> nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links und links unten geprüft
Doppelbilder <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Richtung:

8.5 Beurteilung

Anforderungen der	
<input type="checkbox"/> 1. medizinische Gruppe (nicht berufsmässig)	<input type="checkbox"/> 2. medizinische Gruppe (berufsmässig)
<input type="checkbox"/> ohne Sehhilfe erfüllt	<input type="checkbox"/> 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
Optiker/in oder Augenarzt/-ärztin

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. Der gesetzlichen Vertreterin für Minderjährige/Verbeiständete (Vater, Mutter oder Beistand):

MFK-Intern – bitte leer lassen:

Ausweis-Nr.

A1	B	C1	D1	F
A35	B1	C1E	D1E	G
A	BE	C	D	M
		CE	DE	

<input type="checkbox"/> Auf Probe	<input type="checkbox"/> Kontrollfahrt	<input type="checkbox"/> Fähigkeitsausweis bestellen	<input type="checkbox"/> Ausweis 63 generieren
------------------------------------	--	--	--