

Gesuch um Umschrieb eines ausländischen Führerausweises

Familienname

Lediger Name

Vorname(n)

Strasse Nr.

PLZ / Ort

Heimatort(e) / Kt.
Ausländer: Nationalität

Geburtsdatum

Telefon tagsüber

Geschlecht

weiblich

männlich

Email

Ein Passfoto beilegen

Bitte beachten Sie folgende Kriterien:

- **aktuelles farbiges Passfoto**
(wenn Sie noch keinen Lernfahrausweis oder Führerausweis im Kreditformat besitzen oder ein neues Foto wünschen)
- Computerprints nur auf Fotopapier ohne sichtbare Pixelstruktur
- Format ca. 35 x 45 mm
- Frontaufnahme mit direktem Blick in die Kamera
- Neutraler Hintergrund sowie keine Gegenstände oder Personen im Bild
- keine Kopfbedeckung
- keine Spiegelung bei Brillengläsern



Unterschrift des Gesuchstellers
innerhalb dieses Feldes mit schwarzer Farbe



Bestätigung der Personalien durch die Einwohnerkontrolle

Für die Identifikation muss der Gesuchstellende persönlich am Schalter erscheinen

Datum: _____

Stempel und Unterschrift:

Name der unterzeichnenden Person in Blockschrift:

Bestätigte Gesuche dürfen nicht mehr ausgehändigt werden

Gewünschte Kategorie(n)

												Anhänger						Taxi	
A	A35	A1	B	B1	C	C1	C1	D	D1	BE	CE	C1E	DE	D1E	F	G	M	BPT	BPT
					CZV	CZV	118	CZV	CZV									121	122
<input type="checkbox"/>																			

Weitere Angaben (vom Gesuchsteller auszufüllen)

Einreisedatum in die Schweiz? _____

Durch welchen Staat wurde der Führerausweis ausgestellt? _____

Für welche Kategorien ist der Führerausweis gültig? _____

Datum der praktischen Prüfung? _____

Beilagen (vom Gesuchsteller beizulegen)

- Gültiger ausländischer Führerausweis (im Original)
- Ausländer: Ausländerausweis (Kopie)
- Weitere Unterlagen werden bei Bedarf separat einverlangt

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, Behinderungen und Substanzkonsum	Ja	Nein
<i>Ärztliche Abklärungen werden nach den gesetzlichen Bestimmungen angeordnet</i>		
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"/>
• Augenerkrankung?	<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 Lähmungerscheinungen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erhöhte Tagesschläfrigkeit?	<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"/>
Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:		
• Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie/ambulante Behandlung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ 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"/>
Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Fahrzeugs hindern könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen oder Ergänzungen zu den obigen Angaben:		
<p>Wenn Sie eine oder mehrere Fragen mit Ja beantwortet haben, ist ein Arztzeugnis beizulegen, welches über die Fahreignung Auskunft gibt. Weitere Abklärungen / Untersuchungen bleiben vorbehalten.</p>		

Sehtest (gültig 24 Monate)
 Auszufüllen durch eine/n ermächtigte/n Optiker/in oder Arzt/Ärztin, **ansässig in der Schweiz**

Sehschärfe: Fernvisus

unkorrigiert: korrigiert:

R: _____ L: _____ R: _____ L: _____

Horizontales Gesichtsfeld:

1. medizinische Gruppe ≥ 120 < 120
 2. medizinische Gruppe ≥ 140 < 140

Ausfälle:

nein ja rechts links
 oben unten

Augenbeweglichkeit:

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

Doppelbilder nein ja, Richtung: _____

Beurteilung:

1. medizinischen Gruppe 2. medizinischen Gruppe
 ohne Sehhilfe erfüllt ohne Sehhilfe erfüllt
 nur mit Sehhilfe erfüllt nur mit Sehhilfe erfüllt
 nicht erfüllt nicht erfüllt

Bemerkungen: _____

Datum: _____

Stempel/Unterschrift
Optiker/In oder Arzt/Ärztin

Vormundschaft und Beistandschaft:

Sind Sie Minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft?

ja nein

Wenn Ja: Name und Adresse (Vater, Mutter oder Beistand)

Unterschrift (Vater, Mutter oder Beistand):

Strafbestimmungen

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: _____

Gesuchstellerin / Gesuchsteller