



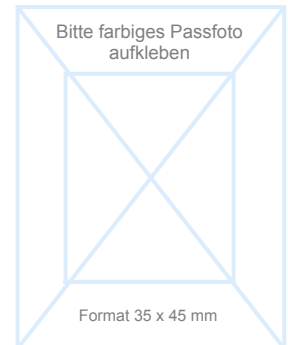
Gesuch um Erteilung eines Lernfahrausweises/Zulassung zur theoretischen Führerprüfung *

A 35 kW ☐ A ☒ A1 ☐ B ☐ B1 ☐ C ☐ C1 ☐ C1/118 ☐ D ☐ D1 ☐ BE ☐ CE ☐ C1E ☐ DE ☐ D1E ☐ F ☐ G ☐ M ☐ BPT/121 ☐ BPT/122 ☐ Trolley 110 ☐

1. Personalien

* Bitte gewünschte Kategorie ankreuzen. Pro Kategorie ist ein Gesuch auszufüllen.

Name (Ledigname aufführen, sofern nicht mit dem Familiennamen identisch)	
Bolz	
Vorname(n)	
Christoph	
Strasse / Nummer	
Hohmadstrasse 38F	
PLZ	Wohnort
3600	Thun
Heimatort(e) / Kanton	(Ausländer Heimatstaat)
Röthenbach i.E.	
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Telefonnummer
21 . 08 . 1991	079 296 98 47
Früherer Wohnort	
weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input checked="" type="checkbox"/>	



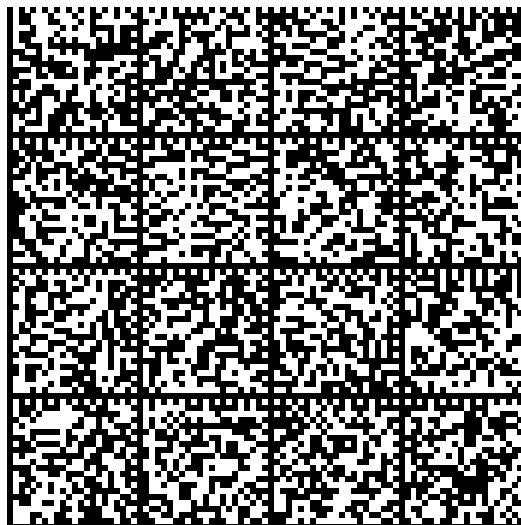
Bestätigung der Identifikation bzw. der Personalien, sofern Sie nicht bereits im Besitz eines schweizerischen Führerausweises sind.	
Datum	Stempel und Unterschrift

v Unterschrift Gesuchsteller/in (innerhalb des Feldes, in schwarzer Farbe) v

--

Wird durch die Behörde ausgefüllt: 1) <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/>	Optiker: <input type="checkbox"/>	NHK Datum: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

Bitte denken Sie daran, das Formular auf Seite 1 und 2 zu unterschreiben.





2. Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum

a) Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung:

- | | | |
|---|-----------------------------|--|
| - Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder andere Stoffwechselerkrankung? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| - Herz-Kreislauf-Erkrankung (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörungen usw.)? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| - Augenerkrankung? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| - Erkrankung der Atmungsorgane (ohne Erkältungskrankheiten)? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| - Erkrankung der Bauchorgane? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| - Erkrankung des Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungserscheinungen)? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| - Nierenerkrankung? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| - erhöhte Tagesschläfrigkeit? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| - chronische Schmerzzustände? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| - nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken-, Extremitätenverletzungen)? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| - Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |

b) Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:

- | | | |
|---|-----------------------------|--|
| - Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| - Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie/ambulante Behandlung)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| - Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (stationär oder ambulant)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| - Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |

c) Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Fahrzeugs hindern könnten?

☐ ja ☒ nein

d) Bemerkungen oder Ergänzungen zu den obigen Angaben:

Falls eine der Fragen unter 2.a – 2.c mit „Ja“ beantwortet wird, muss diesem Gesuch ein Bericht der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes beigelegt werden (andernfalls zwingende Überweisung an eine anerkannte Ärztin/einen anerkannten Arzt mindestens der Stufe 3).

3. Bisherige Ausweise/Massnahmen

a) Besitzen Sie schon einen Ausweis? ☒ ja ☐ nein

b) Besitzen Sie oder besaßen Sie schon einen Lernfahrausweis? ☐ ja ☒ nein

Wenn ja, von welchem Staat und von welchen Kategorien?

☒ CH

☐ Andere:

Kategorien: **B A 35kW**

c) Wurde Ihnen schon einmal der Lernfahr- oder Führerausweis oder die Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport verweigert oder entzogen oder das Führen von Fahrzeugen verboten? (Falls ja: Kopie des Entscheides beilegen) ☐ ja ☒ nein

4. Beistandschaft

Stehen Sie unter umfassender Beistandschaft? ☐ ja ☒ nein

Wenn ja, Name und Adresse der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters aufführen, sowie Kopie der Ernennungsurkunde beilegen:

5. Unterschrift

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 unterzeichnete Person bestätigt, das Gesuchsformular wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben:

Bei Minderjährigen oder Personen, die unter umfassender Beistandschaft stehen, benötigen wir zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (Vater, Mutter, Beistand):

Datum

Unterschrift/en

6. Beilagen

Kopie Nothelferausweis liegt bei

☐

Lehrvertrag MotorradmechanikerIn

☐

Kopie Ausländerausweis

☐

Lehrvertrag Strassentransportfachfrau/mann

☐



7. Sehtest

auszufüllen durch einen autorisierten Augenoptiker oder Arzt (gültig 24 Monate)

	(zutreffende Werte bitte ankreuzen)											
Sehschärfe unkorrigiert	<0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	>1.0
rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehschärfe korrigiert	<0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	>1.0
rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Horizontales Gesichtsfeld

<input type="checkbox"/> $\geq 140^\circ$	<input type="checkbox"/> $< 140^\circ$	<input type="checkbox"/> $\geq 120^\circ$	<input type="checkbox"/> $< 120^\circ$
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

Augenbeweglichkeit

<input type="checkbox"/> nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft.
--

Doppelbilder

Vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Richtung	<input type="text"/>
------------	-------------------------------	---------------------------------------	----------------------

Resultat

Anforderungen der Gruppe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	erfüllt.
<input type="checkbox"/> mit	<input type="checkbox"/> ohne	Sehhilfe	<input type="checkbox"/> nur mit augenärztlicher Zustimmung

Name (Identität überprüft)

Bolz

Vorname(n)

Christoph

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

21 . 08 . 1991

Datum

Stempel und Unterschrift des Augenoptikers/Arztes

<input type="text"/>
