



## 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

Name (Vorname(n) aufführen, sofern nicht mit dem Familiennamen identisch)

Bolz

Vorname(n)

Christoph

Strasse / Nummer

Steffisburgstrasse 25

PLZ

Wohnort

3600

Thun

Heimatort(e) / Kanton

(Ausländer Heimatstaat)

Röthenbach i.E./BE

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

21 . 08 . 1991

Telefonnummer

079 296 98 47

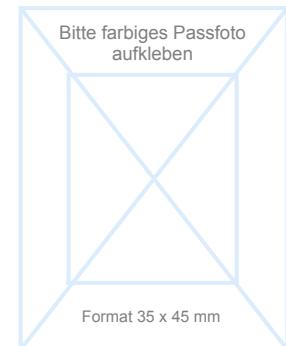
Früherer Wohnort

weiblich

männlich

X

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



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

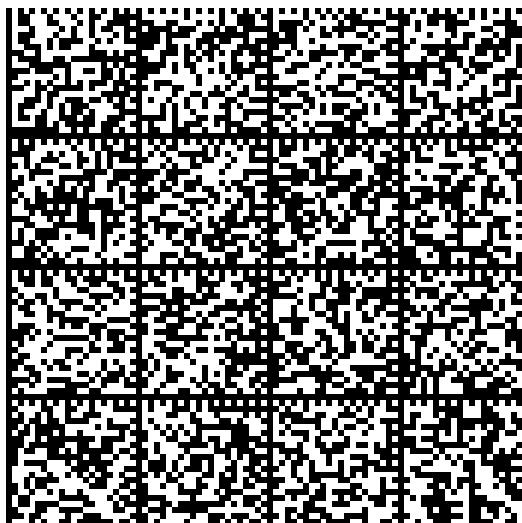
Datum

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: <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	--

**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?
- Herz-Kreislauf-Erkrankung (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörungen usw.)?
- Augenerkrankung?
- Erkrankung der Atmungsorgane (ohne Erkältungskrankheiten)?
- Erkrankung der Bauchorgane?
- Erkrankung des Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungserscheinungen)?
- Nierenerkrankung?
- erhöhte Tagesschläfrigkeit?
- chronische Schmerzzustände?
- nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken-, Extremitätenverletzungen)?
- Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)?

<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein

### b) 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)?
- Eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)?
- Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (stationär oder ambulant)?
- Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle?
- Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung?

<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<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?

### 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**

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 Erennungsurkunde 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 wahrheitgetreu 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 Notföhlerausweis liegt bei

Lehrvertrag MotorradmechanikerIn

Kopie Ausländerausweis

Lehrvertrag Strassentransportfachfrau/mann



## 7. Sehtest

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

<b>Sehschärfe unkorrigiert</b>	(zutreffende Werte bitte ankreuzen)											
	<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"/>	
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"/>	
<b>Sehschärfe korrigiert</b>	<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"/>										
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"/>	

### Horizontales Gesichtsfeld

$\geq 140^\circ$    $< 140^\circ$    $\geq 120^\circ$    $< 120^\circ$

Ausfälle?  nein  ja:  rechts  links  oben  unten

### Augenbeweglichkeit

nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft.

### Doppelbilder

Vorhanden?  nein  ja, Richtung

### Resultat

Anforderungen der Gruppe  1  2 erfüllt.  
 mit  ohne Sehhilfe  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