

☐ **Gesuch um Erteilung eines Lernfahr- bzw. eines Führerausweises der Kategorie:**☐ **Gesuch um Umtausch eines ausländischen Führerausweises der Kategorie:**

A	A1	B	B1	C	C1	C1/118	D	D1	BE	CE	C1E	DE	D1E	F	G	M	BPT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1. Personalien** (Bitte Gross- / Kleinschrift)

Name (Geburtsname aufführen, sofern nicht mit Familienname identisch)

Max Weber

Vorname(n)

56068 Koblenz

Strasse, Nr.

Berlin

PLZ

16758323

Wohnort

Bonn

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

09022001

Geburtsdatum  
(Tag/Monat/Jahr)

Max

weiblich



männlich

Neversstraße 5

(aktuelles farbiges Passfoto  
Format ca. 35 x 45 mm)Bitte Foto nicht  
einkleben, wird vom  
Verkehrsamt  
vorgenommen!**2. Massnahmen**

Wurde Ihnen schon einmal der Lernfahr- oder Führerausweis oder die Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport verweigert oder entzogen oder das Führen von Fahrzeugen 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 Stoffwechselerkrankung?

☐ 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 (Multiple Sklerose, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungserscheinungen)?

☐ Nein ☐ Ja

– Nierenerkrankung?

☐ Nein ☐ Ja

– erhöhte Tagesschläfrigkeit?

☐ Nein ☐ Ja

– chronische Schmerzzustände?

☐ Nein ☐ Ja

– nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken-, Extremitätenverletzungen)?

☐ Nein ☐ Ja

– Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung 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 Fahrzeuges hindern könnten?

☐ Nein ☐ Ja

3.4 Bemerkungen oder Ergänzungen: 27/09/2001

2009

Falls eine der Fragen unter 3.1-3.4 mit «Ja» beantwortet wird, muss diesem Gesuch ein Bericht der/des behandelnden Ärztin/Arztes beigelegt werden (andernfalls zwingende Überweisung an eine anerkannte Ärztin/einen anerkannten Arzt der Stufe 3).

**4. Vormundschaft und Beistandschaft**

Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft?

☐ Nein ☐ Ja

Name und Adresse des/der gesetzlichen Vertreters/in: Ulm

20.09.1998

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:

Ort und Datum: Bonn, 01.01.2001

Unterschrift Gesuchsteller/in:

Bei Minderjährigen oder Personen, die unter umfassender Beistandschaft stehen

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters/in: