



## Gesuch um Erteilung eines Schiffsführerausweises

- Ich habe noch keinen Schiffsführerausweis und beantrage die Kategorie:
- Ich habe einen Schiffsführerausweis; Kategorie(n): \_\_\_\_\_ Kanton/Staat: \_\_\_\_\_
- Ich möchte den ausländischen Schiffsführerausweis umtauschen der Kategorie(n):
- Ich möchte den militärischen Schiffsführerausweis umtauschen der Kategorie(n):

- PIN (Zuteilung vom StVA) \_\_\_\_\_
- A) Motorschiffe  A) beschränkt auf Segelschiffe mit Maschinenantrieb
  - B) Fahrgastschiffe  C) Güterschiffe
  - D) Segelschiffe  E) Schiffe besonderer Bauart
  - Rhein: Abschnitt Stein am Rhein bis Schaffhausen (Hochrhein)

### 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 Heimatstaat)

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:  
(Tag/Monat/Jahr)

\_\_\_\_\_ weiblich  männlich

Früherer Wohnort:

bis

**Bestätigung der Identifikation bzw. der Personalien**  
(Auszufüllen durch die zuständige Einwohnerkontrolle oder das Strassenverkehrsamt)

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

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



<b>2.</b>	<b>Massnahmen</b>		nein	ja
	Wurde Ihnen schon einmal der Lernfahr- oder Führerausweis oder die Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport verweigert oder entzogen oder das Führen von Fahrzeugen verboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b>	<b>Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum</b>		nein	ja
3.1	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"/>	<input type="checkbox"/>
	– Herz-Kreislauf-Erkrankung (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörungen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Augenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Erkrankung der Atmungsorgane (ohne Erkältungskrankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Erkrankung der Bauchorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Erkrankung des Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungserscheinungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– erhöhte Tagesschläfrigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– chronische Schmerzzustände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken-, Extremitäten-Verletzungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:			
	– Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie oder ambulante Behandlung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (stationär oder ambulant)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Fahrzeugs hindern könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Bemerkungen oder Ergänzungen zu den obigen Angaben:			
	_____			
	Falls eine der Fragen unter 3.1 bis 3.3 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 der Stufe 3).			

<b>4.</b>	<b>Sehtest</b> (gültig 24 Monate) ➔ Auszufüllen durch einen Optiker oder Arzt in der Schweiz ➔ <b>"Nur für Gesuchsteller, die noch keinen gültigen schweizerischen Schiffsführer- oder Führerausweis besitzen."</b>		
4.1	Sehschärfe: Fernvisus	unkorrigiert	korrigiert
		R: ..... L: .....	R: ..... L: .....
4.2	Horizontales Gesichtsfeld	1. medizinische Gruppe	<input type="checkbox"/> ≥ 120 <input type="checkbox"/> < 120
		2. medizinische Gruppe	<input type="checkbox"/> ≥ 140 <input type="checkbox"/> < 140
	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
4.3	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: _____	
4.4	Bemerkungen:	_____	
4.5	Beurteilung / Anforderungen der:		
	<input type="checkbox"/> 1. medizinischen Gruppe <input type="checkbox"/> 2. medizinischen Gruppe		
	<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		
	Datum: _____ Stempel/Unterschrift: _____		
<b>5.</b>	<b>Hörvermögen</b>	nein	ja
5.1	Haben Sie Hörbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(BSV Art. 82: Hörweite für Konversationssprache beidseitig 3m, bei einseitiger Taubheit 6m. Keine schweren Erkrankungen des Innen- oder Mittelohrs)		
<b>6.</b>	<b>Vormundschaft und Beistandschaft</b>	nein	ja
	Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Name und Adresse der gesetzlichen Vertreterin / des gesetzlichen Vertreters:	_____	
	Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigen erheblicher Tatsachen oder Vorlage falscher Bescheinigungen einen Ausweis erschleicht, kann bestraft werden und hat mit dem Entzug bzw. der Verweigerung des Ausweises oder der Bewilligung zu rechnen (Art. 19 BSG).		
	Die unterzeichnete Person bestätigt, das Gesuchformular wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben: _____		
	Ort und Datum: _____		
	Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin / des gesetzlichen Vertreters: _____		
	(bei Minderjährigen oder Personen, die unter umfassender Beistandschaft stehen)		

Absolvieren Sie die praktische Prüfung mit einem privaten Boot?

ja  nein

Kontrollschild: \_\_\_\_\_

Absolvieren Sie die praktische Prüfung mit dem Boot eines Fahrlehrers?

ja  nein

Wenn ja, Name und Adresse des Fahrlehrers:

\_\_\_\_\_

## Beilagen (bitte zutreffende Felder ankreuzen)

- 1 aktuelles farbiges Passfoto (ohne Kopfbedeckung)
- Bewerber, die in einem anderen Kanton wohnhaft sind, haben vom Wohnkanton eine Bewilligung zur Absolvierung der Prüfung beizulegen.
- Bestätigung Fahrpraxis für Kategorien B und C
- Strafregisterauszug für Kategorien B und C
- ärztliches Zeugnis für Kategorien B und C sowie über dem 65. Altersjahr

## Beim Umtausch eines ausländischen oder militärischen Schiffsführerausweises

- Kopie Ausländerausweis
- Original ausländischer Schiffsführerausweis(e)
- Original militärischer Schiffsführerausweis
- \_\_\_\_\_