



Gesuch um Erteilung eines Lernfahr- bzw. eines Führerausweises der Kategorie:

Gesuch um Umtausch eines ausländischen Führerausweises der Kategorie:

Berufsmässig: ja nein

A bis 35 kW
 A über 35 kW
 A1
 B
 B1
 C
 C1
 C1 118
 D
 D1
 BE
 CE
 C1E
 DE
 D1E
 F
 G
 M
 TAXI
 BPT121
 BPT122 Trolley/110

1. Personalien (Bitte Gross-/Kleinschrift in schwarzer oder blauer Farbe, detaillierte Informationen: fuehrerausweise.ch)

Name (Geburtsname aufführen, sofern nicht mit Familienname identisch):

Vorname(n):

Strasse, Nr.

PLZ

Wohnort:

Heimatort(e)/Kanton (Ausländer Heimatstaat)

E-Mail

Geburtsdatum:
 (Tag/Monat/Jahr)

weiblich

männlich



Früherer Wohnort:

bis



(aktuelles farbiges Passfoto)
 Format ca. 35 x 45 mm

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

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

Datum:

Stempel und Unterschrift:

2. Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum nein ja

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-, Extremitäten-Verletzungen)?
- Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)

Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:

- Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln?
- Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie oder ambulante Behandlung)?
- eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)?
- Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (stationär oder ambulante)?
- Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle?
- Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung?

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

Haben Sie eine oder mehrere Fragen mit Ja beantwortet, so ist ein Arztzeugnis beizulegen.

Bemerkungen oder Ergänzungen zu den obigen Angaben:

3. Vorstrafen und Massnahmen nein ja

Wurde Ihnen schon einmal der Lernfahr- oder Führerausweis verweigert, entzogen oder das Führen von Fahrzeugen verboten?

4. Sehtest (gültig 24 Monate) ➔ Auszufüllen durch einen Optiker oder Arzt in der Schweiz ◀

4.1 Sehschärfe: Fernvisus unkorrigiert korrigiert

R: L: R: L:

4.2 Horizontales Gesichtsfeld 1. medizinische Gruppe ≥ 120 < 120
2. medizinische Gruppe ≥ 140 < 140

Ausfälle nein ja: rechts links
 oben unten

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

Doppelbilder nein ja, Richtung: _____

4.4 Bemerkungen: _____

4.5 Beurteilung/Anforderungen der:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. medizinischen Gruppe ohne Sehhilfe erfüllt | <input type="checkbox"/> 2. medizinischen Gruppe 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: _____

5. Bisherige Ausweise nein ja

Besitzen Sie oder besaßen Sie schon einen Lernfahr- oder Führerausweis?

Wenn ja, von welchem Kanton oder Staat wurde er ausgestellt? _____

6. Beistand nein ja

Sind Sie minderjährig?

Stehen Sie unter umfassender Beistandschaft?

Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters und seine 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).

Ort und Datum: _____

Gesuchskontrolle	ADMAS	Arzt	Kontrollfahrt	Fahrpraxis	Auflagen	(PIN)
------------------	-------	------	---------------	------------	----------	-------

Informationen zu den Ausweiskategorien:

fuehrerausweise.ch



Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage:

strassenverkehrsamt.sh.ch



Identifikation bzw. Personaliennachweis:

Erstmalige Einreichung eines Gesuches:

Vorsprache zur Kontrolle am Schalter des Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamtes Schaffhausen oder der Gemeindeverwaltung/Einwohnerkontrolle der Wohngemeinde mit allen erforderlichen Unterlagen im Original (farbiges Passfoto im Format 35x45 mm, gültiger Identifikationsnachweis, Identitätskarte/CH-Pass, Ausländerausweis).

Für die Identifikation bei der Gemeinde kann dem Gesuchsteller eine Gebühr verrechnet werden.

Einreichung eines weiteren Gesuches:

Ist auch auf dem Postweg möglich, sofern alle erforderlichen Unterlagen in Kopie beigelegt werden.

Beilagen (bitte zutreffende Felder ankreuzen)

- 1 farbiges Passfoto (wird von der Identifikationsstelle eingeklebt)
- gültiger Lehrvertrag (Transportfachmann / Motorradmechaniker)
- Original Ausländerausweis (beim Lernfahrausweisgesuch und beim Umtausch eines ausländischen Führerausweises)
- Original ausländischer Führerausweis
- Nothilfeausweis im Original
- _____

Umtausch eines ausländischen Führerausweises:

- Gesuchsformular vollständig ausgefüllt inklusive Sehtest
- ausländischer Führerausweis im Original
- von ausländischen Staatsangehörigen: Ausländerausweis im Original
- von Schweizerinnen und Schweizern: Nachweis der Aufenthaltsdauer im Ausland

Die höheren Kategorien (C1, C, D1, D oder berufsmässiger Personentransport BPT) können erst nach Vorliegen eines positiven Zeugnisses eines Arztes Stufe 2 (www.medtraffic.ch) in einen schweizerischen Führerausweis umgeschrieben werden. Zudem ist bis zum 50. Altersjahr alle 5 und danach alle 3 Jahre eine erneute ärztliche Untersuchung notwendig. Die Untersuchungskosten werden Ihnen vom Arzt verrechnet.

Wenn Sie auf den Eintrag dieser Kategorien verzichten, können diese nachträglich nur auf schriftliches Gesuch innert 5 Jahren oder nach vollständiger Prüfung wieder erteilt werden.

Ich verzichte auf die Kategorie(n):

- C Motorwagen – ausgenommen jene der Kategorie D – mit einem zulässigen Gesamtgewicht von mehr als 3500 kg
- C1 Motorwagen – ausgenommen jene der Kategorie D – mit einem Gesamtgewicht von mehr als 3500 kg, aber nicht mehr als 7500 kg
- D Motorwagen zum Personentransport mit mehr als acht Sitzplätzen ausser dem Fahrersitz
- D1 Motorwagen zum Personentransport mit mehr als acht, aber nicht mehr als 16 Sitzplätzen ausser dem Fahrersitz
- Taxi BPT/121 berufsmässiger Personentransport mit Motorfahrzeugen der Kategorie B

Datum: _____ Unterschrift: _____