

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

☐ B) Fahrgastschiffe

☐ D) Segelschiffe

☐ Rhein: Abschnitt Stein am Rhein bis Schaffhausen (Hochrhein)

☐ A) beschränkt auf Segelschiffe mit Maschinenantrieb

☐ C) Güterschiffe

☐ E) Schiffe besonderer Bauart

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)

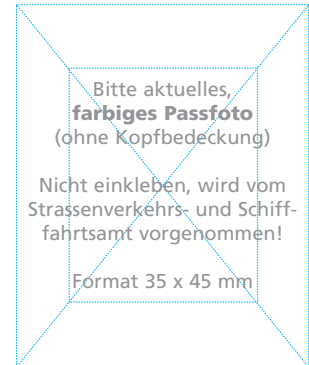
☐ weiblich

☐ 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) ▽

2. Massnahmen	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?	☐	☐

3. Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum	nein	ja
3.1 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.)?	☐	☐
3.2 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 ambulant)?	☐	☐
– Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle?	☐	☐
– Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung?	☐	☐
3.3 Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Fahrzeugs hindern könnten?	☐	☐
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).

4. Sehtest (gültig 24 Monate)	➔ Auszufüllen durch einen Optiker oder Arzt in der Schweiz ➔			
"Nur für Gesuchsteller, die noch keinen gültigen schweizerischen Schiffsführer- oder Führerausweis besitzen."				
4.1 Sehschärfe: Fernvisus	unkorrigiert R: L:	korrigiert R: L:		
4.2 Horizontales Gesichtsfeld	1. medizinische Gruppe 2. medizinische Gruppe	☐ ≥ 120 ☐ ≥ 140	☐ < 120 ☐ < 140	
Ausfälle	☐ nein ☐ ja:	☐ rechts ☐ oben	☐ links ☐ 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:				
	☐ 1. medizinischen Gruppe ☐ ohne Sehhilfe erfüllt ☐ nur mit Sehhilfe erfüllt ☐ nicht erfüllt	☐ 2. medizinischen Gruppe ☐ ohne Sehhilfe erfüllt ☐ nur mit Sehhilfe erfüllt ☐ nicht erfüllt		
Datum:	Stempel/Unterschrift: _____			

5. Hörvermögen	nein	ja
5.1 Haben Sie Hörbeschwerden?	☐	☐
(BSV Art. 82; Hörweite für Konversationssprache beidseitig 3m, bei einseitiger Taubheit 6m. Keine schweren Erkrankungen des Innen- oder Mittelohrs)		

6. Vormundschaft und Beistandschaft	nein	ja
Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft?	☐	☐
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 Gesuchsförmular 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

☐ _____