Ergolzstrasse 1
Postfach
4414 Füllinsdorf
T 061 552 00 44
mfk.fa@bl.ch
www.mfk.bl.ch

Ausweise können nicht direkt am Schalter bezogen werden

BASEL LANDSCHAFT
SICHERHEITSDIREKTION
MOTORFAHRZEUGKONTROLLE

Gesuch um Umschrieb eines ausländischen Führerausweises

Familienname	
Lediger Name	
Vorname(n)	
Strasse Nr.	
PLZ / Ort	
Heimatort(e) / Kt. Ausländer: Nationalität	
Geburtsdatum	
Telefon tagsüber	
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich
Email	

Ein Passfoto beilegen
Bitte beachten Sie folgende Kriterien:

- **aktuelles farbiges Passfoto**
- Computerprints nur auf Fotopapier ohne sichtbare Pixelstruktur
- Format ca. 35 x 45 mm
- Frontaufnahme mit direktem Blick in die Kamera
- Neutraler Hintergrund sowie keine Gegenstände oder Personen im Bild
- keine Kopfbedeckung
- keine Spiegelung bei Brillengläsern

Unterschrift des Gesuchstellers
innerhalb dieses Feldes mit schwarzer Farbe

Bestätigung der Personalien durch die Einwohnerkontrolle

Für die Identifikation muss der Gesuchstellende persönlich am Schalter erscheinen

Datum:_____

Stempel und Unterschrift:

Name der unterzeichnenden Person in Blockschrift:

_____

Bestätigte Gesuche dürfen nicht mehr ausgehändigt werden

Gewünschte Kategorie(n)

										Anhänger								Taxi	
A	A35	A1	B	B1	C CZV	C1 CZV	C1 118	D CZV	D1 CZV	BE	CE	C1E	DE	D1E	F	G	M	BPT 121	BPT 122
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Weitere Angaben (vom Gesuchsteller auszufüllen)

Einreisedatum in die Schweiz? _____

Durch welchen Staat wurde der Führerausweis ausgestellt? _____

Für welche Kategorien ist der Führerausweis gültig? _____

Datum der praktischen Prüfung? _____

Läuft aktuell ein Verfahren wegen eines Führerausweisentzuges?
☐ Ja. In welchem Land?_____
☐ Nein

Beilagen (vom Gesuchsteller beizulegen)

- **Gültiger ausländischer Führerausweis (im Original)**
- **Ausländer: Ausländerausweis (Kopie)**
- **Weitere Unterlagen werden bei Bedarf separat einverlangt**

Wichtig

Durch die Angabe Ihrer Daten erklären Sie sich damit einverstanden, dass diese in unserem System erfasst werden.

Name Vorname

Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum

Ärztliche Abklärungen werden nach den gesetzlichen Bestimmungen angeordnet	Ja	Nein
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 usw.)?	☐	☐
• Nierenerkrankung?	☐	☐
• Erhöhte Tagesschläfrigkeit?	☐	☐
• Chronische Schmerzzustände?	☐	☐
• nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken-, Extremitäten-Verletzungen usw.)?	☐	☐
• Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)	☐	☐
Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:		
• Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln?	☐	☐
o **Wenn ja**: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie/ambulante Behandlung)?	☐	☐
• Eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)?	☐	☐
o **Wenn ja**: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (stationär oder ambulant)?	☐	☐
• 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?	☐	☐

Bemerkungen oder Ergänzungen zu den obigen Angaben:

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen mit Ja beantwortet haben, ist ein Arztzeugnis beizulegen, welches über die Fahreignung Auskunft gibt. Weitere Abklärungen / Untersuchungen bleiben vorbehalten.

Sehtest

Auszufüllen durch eine/n ermächtigte/n Optiker/in oder Arzt/Ärztin, **ansässig in der Schweiz**

Sehschärfe: Fernvisus

unkorrigiert:		korrigiert:	
R: _____	L: _____	R: _____	L: _____

Horizontales Gesichtsfeld:

1. medizinische Gruppe	☐ ≥ 120	☐ < 120
2. medizinische Gruppe	☐ ≥ 140	☐ < 140

Ausfälle:

☐ nein ☐ ja ☐ rechts ☐ links ☐ oben ☐ unten

Augenbeweglichkeit:

☐ nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links und links unten geprüft

Doppelbilder ☐ nein ☐ ja, Richtung: _____

Beurteilung:

☐ 1. medizinischen Gruppe	☐ 2. medizinischen Gruppe
☐ ohne Sehhilfe erfüllt	☐ ohne Sehhilfe erfüllt
☐ nur mit Sehhilfe erfüllt	☐ nur mit Sehhilfe erfüllt
☐ nicht erfüllt	☐ nicht erfüllt

Bemerkungen: _____

Datum: _____

Stempel/Unterschrift
Optiker/In oder Arzt/Ärztin

Vormundschaft und Beistandschaft:

Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft?

☐ ja ☐ nein

Wenn Ja: Name und Adresse (Vater, Mutter oder Beistand)

_____

Unterschrift (Vater, Mutter oder Beistand):

_____

Strafbestimmungen

Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigen erheblicher Tatsachen oder Vorlage falscher Bescheinigung einen Ausweis erschleicht, wird mit Gefängnis oder Busse bestraft (Art. 97 SVG) und hat mit dem Entzug des Ausweises zu rechnen (Art. 16 SVG).

Datum:	

Unterschrift: _____

Gesuchstellerin / Gesuchsteller