

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 Lähmungsercheinungen 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?	☐	☐
◦ Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie/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?	☐	☐
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 (gültig 24 Monate)

Der Sehtest ist nicht nötig, wenn bereits ein Führer- oder Lernfahrausweis vorhanden ist. Der Sehtest ist 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 Bescheinigungen 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

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