

Gesuch um Erteilung eines Schiffsführerausweises

- A** Motorschiffe mit Maschinenantrieb
 B Fahrgastschiffe
 C Güterschiffe
 D Segelschiffe
 E Schiffe mit besonderer Bauart
 Umschreibung ausländischer Schiffsführerausweis

1. Personalien (identisch mit ID, Pass oder Ausländerausweis)

Name (Blockschrift):

Vorname(n):

Strasse, Nr.

PLZ Wohnort:

Heimatort/Kanton (Ausländer Heimatstaat)

Geburtsdatum: (Tag/Monat/Jahr) weiblich männlich

Früherer Wohnort: bis E-Mail:



Bestätigung der Identifikation bzw. der Personalien (Auszufüllen durch die zuständige Behörde)

Datum: Stempel und Unterschrift

Gesuchskontrolle	ADMAS	Arzt	Auflagen	KF	Fahrpraxis
------------------	-------	------	----------	----	------------

▽ **nur mit Unterschrift Gesuchsteller/in gültig** ▽

2. Massnahmen (Bemerkungen)

Wurde Ihnen schon einmal der Lernfahr- oder Führerausweis oder die Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport verweigert oder entzogen oder das Führen von Fahrzeugen verboten? nein ja

3. Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum

3.1 Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung: (Bemerkungen)

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder andere Stoffwechselerkrankung? nein ja
- Herz-Kreislauf-Erkrankung (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörungen usw.)? nein ja
- Augenerkrankung? nein ja
- Erkrankung der Atmungsorgane (ohne Erkältungskrankheiten)? nein ja
- Erkrankung der Bauchorgane? nein ja
- Erkrankung des Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungserscheinungen)? nein ja
- Nierenerkrankung? nein ja
- erhöhte Tagesschläfrigkeit? nein ja
- chronische Schmerzzustände? nein ja
- nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken- oder Extremitätenverletzungen)? nein ja
- Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)? nein ja

3.2 Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:

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

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

3.4 Verfügen Sie über ein vermindertes Hörvermögen? nein ja

Falls eine der Fragen unter 3.1–3.4 mit «ja» beantwortet wird, muss diesem Gesuch ein Bericht der/des behandelnden Ärztin/Arztes beigelegt werden (andernfalls zwingende Überweisung an eine anerkannte Ärztin/einen anerkannten Arzt der Stufe 3).

3.5 Sehtest (gültig 24 Monate)

3.5.1 Sehschärfe Fernvisus

unkorr. rechts:	links:	korr. rechts:	links:
-----------------------	--------------	---------------------	--------------

3.5.2 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 nein ja rechts links oben unten

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

Doppelbilder nein ja, Richtung:

3.5.4 Bemerkungen:

3.5.5 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 und Unterschrift:

4. Beistandschaft

Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft? nein ja

Name und Adresse der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters:

.....

.....

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). Die unterzeichnete Person bestätigt, das Gesuchsformular wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben:

Ort und Datum: Unterschrift:

Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters:
(Bei Minderjährigen oder Personen, die unter umfassender Beistandschaft stehen)

5. Gesuch um Absolvierung der Schiffsführerprüfung in einem anderen Kanton

Kategorie: Prüfung: praktisch theoretisch

Prüfungskanton: Prüfungsort:

Gewässer:

6. Besondere Hinweise

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass praktische Motor- oder Segelschiffprüfungen vom 1. April bis zum 31. Oktober stattfinden.

Beim Umtausch eines ausländischen Schiffsführerausweises bitten wir Sie um Bekanntgabe des genauen Datums der Schiffsführerprüfung.

(TT | MM | JJ)

Führerausweiskategorien

Führerausweiskategorien	Mindestalter	Vertrauensärztliches Zeugnis	Ärztliches Zeugnis ab 65 Jahren
A Schiffe mit Maschinenantrieb	18 Jahre	nein	ja
B Fahrgastschiffe	21 Jahre	ja	nein
C Güterschiffe mit Maschinenantrieb, Schubschiffe und Schlepper	20 Jahre	ja	nein
D Segelschiffe	14 Jahre	nein	ja
E Schiffe besonderer Bauart	20 Jahre	nein	ja



Öffnungszeiten Montag bis Freitag:
07.30 – 11.45 h
13.00 – 16.30 h

Hinterbergstrasse 41, 6312 Steinhausen
T +41 41 728 47 11, info.stva@zg.ch
www.zg.ch/strassenverkehrsamt