

**Gesuch um Erteilung eines
Lernfahr- oder Führerausweises**

Familienname

Lediger Name

Vorname(n)

Strasse Nr.

PLZ / Ort

Heimatort(e) / Kt.

Ausländer: Nationalität

Geburtsdatum

Telefon tagsüber

Geschlecht

weiblich

männlich

Bitte pro Kategorie ein
Passfoto beilegen

Farbig, ohne Kopfbedeckung
Format ca. 35 x 45 mm

↑ **Unterschrift**

innerhalb dieses Feldes mit schwarzer Farbe

Stehen Sie unter Vormundschaft?

ja ⇨

Name / Adresse des Vormundes

nein

Bestätigung der Personalien

wird durch die Einwohnerkontrolle ihres Wohnortes ausgefüllt; bestätigte Gesuche dürfen nicht mehr ausgehändigt werden

Datum: _____

Stempel und Unterschrift:

Name der unterzeichnenden Person in Blockschrift:


















Vorgehen und beizulegende Unterlagen

Detaillierte Informationen zum Vorgehen bzw. zu den beizulegenden Unterlagen erhalten Sie auf unserer Internetseite oder in der Broschüre "Der Weg zum Führerausweis" (erhältlich bei den Einwohnerkontrollen, der Polizei Basel-Landschaft oder der Motorfahrzeugkontrolle in Füllinsdorf).



Name Vorname

Krankheiten, Gebrechen und Süchte		
Leiden Sie an einer nicht folgenlos ausgeheilten:		
▪ Krankheit der Atmungsorgane?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Krankheit des Herzens oder der Blutgefäße?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Nervenkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Nierenkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Krankheit der Bauchorgane?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Unfallverletzung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden oder litten Sie jemals an:		
▪ Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Schwächezustände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Süchten (Alkohol, Rauschgift, Medikamente)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Geisteskrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Epilepsie oder epilepsieähnlichen Anfällen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
▪ Gehörlosigkeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie je in einer Heilstätte für Alkohol- kranke hospitalisiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie je eine Entziehungskur für Rauschgift durchgemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie je in einer Klinik für Geistes- oder Gemütskranke hospitalisiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie andere Krankheiten oder Gebrechen, die Sie am sicheren Führen eines Motorfahrzeuges hindern könnten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen: _____		

Gewünschte Kategorie/n		
<input type="checkbox"/>	A ohne Beschränkung	
<input type="checkbox"/>	A 25 kW	
<input type="checkbox"/>	A1	
<input type="checkbox"/>	B	
<input type="checkbox"/>	B1	
<input type="checkbox"/>	C	
<input type="checkbox"/>	C1	
<input type="checkbox"/>	D	
<input type="checkbox"/>	D1	
<input type="checkbox"/>	BE	
<input type="checkbox"/>	CE	
<input type="checkbox"/>	C1E	
<input type="checkbox"/>	DE	
<input type="checkbox"/>	D1E	
<input type="checkbox"/>	F	
<input type="checkbox"/>	G	
<input type="checkbox"/>	M	
<input type="checkbox"/>	BPT	BPT

Sehtest (gültig 24 Monate)		
Auszufüllen durch eine/n ermächtigte/n Optiker/in oder Augenarzt/ärztin		
Sehschärfe: Fernvisus	unkorrigiert	korrigiert
	R: _____ L: _____	R: _____ L: _____
Horizontales Gesichtsfeld		
<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> $\geq 140^\circ$	<input type="checkbox"/> $< 140^\circ$
Ausfälle: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Augenbeweglichkeit		
<input type="checkbox"/> nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft		
Doppelbilder:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Blickrichtung _____
Stereosehen		
Bestehen wesentliche Einschränkungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Pupillenmotorik		
Liegt eine Anisokorie vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Lichtreaktion <input type="checkbox"/> prompt (beidseitig) <input type="checkbox"/> verzögert oder fehlend		
Resultat	<input type="checkbox"/> Anforderung der Gruppe _____ erfüllt	
	<input type="checkbox"/> Ohne Sehhilfe <input type="checkbox"/> mit Brille oder Kontaktlinsen	
	<input type="checkbox"/> Nur mit augenärztlicher Zustimmung	
Bemerkungen: _____		
Datum: _____ Stempel/Unterschrift: _____ Optiker/in / oder Augenarzt/ärztin		

Besitzen oder besaßen Sie schon einen Lernfahr- oder Führerausweis?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, durch welchen Kanton ausgestellt? _____	

Unterschrift
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 Gesuchsteller / Gesuchstellerin: _____
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. der gesetzlichen Vertreterin für Minderjährige/Bevormundete (Vater, Mutter oder Vormund): _____