



Kantonspolizei

▷ Rheinpolizei

Gesuch um Erteilung eines Schiffsführerausweises Umtausch eines ausländischen Schiffsführerausweises

- A** Motorschiff **B** Fahrgastschiffe **D** Segelschiffe
 A Beschränkt auf Segelschiffe **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):

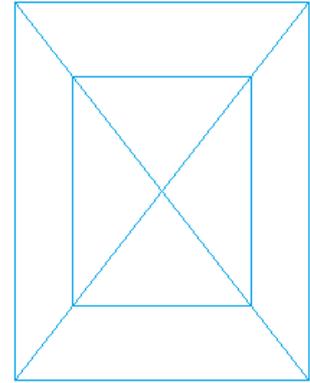
Strasse, Nr.

PLZ Wohnort

Heimatort(e)/Kanton (Ausländer **nur** Heimatstaat/Nationalität)

E-Mail-Adresse

Geburtsdatum weiblich männlich Tel. _____



(Format ca. 35 x 45 mm)

▽ **Unterschrift Gesuchsteller/in** (innerhalb dieses Felder ▽ in schwarzer oder blauer Farbe)

| | |
|--|--------------------------|
| Bestätigung der Identifikation bzw. der Personalien, sofern Sie nicht bereits im Besitz eines Führerausweises (Schiff, Motorfahrzeug) sind. | |
| Datum | Stempel und Unterschrift |

2. Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder andere Stoffwechselerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Herz-Kreislauf-Erkrankung (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörungen usw.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Augenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erkrankung der Atmungsorgane (ohne Erkältungskrankheiten)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erkrankung der Bauchorgane? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erkrankung des Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungserscheinungen usw.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nierenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erhöhte Tagschläfrigkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Chronische Schmerzzustände? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken-, Extremitäten-Verletzungen usw.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Haben Sie heute oder hatten Sie jemals: | | |
| • Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln? wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie/ambulante Behandlung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)? wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (stationär oder ambulant)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Fahrzeuges hindern könnten? | | |
| 2.4 Bemerkungen oder Ergänzungen zu den obigen Angaben: | | |
| Falls eine der Fragen unter 2.1 bis 2.3 mit Ja beantwortet wird, muss diesem Gesuch ein Bericht der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes beigelegt werden. | | |

3. Vormundschaft/Beistand

Stehen Sie unter Vormund-/Beistandschaft? ja nein

Name und Adresse des Vormundes/Beistandes:

Name/Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Tel. _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

4. Sehtest (gültig 24 Monate)

Auszufüllen durch eine/n ermächtigte/n Optiker/in oder Augenarzt/-ärztin, ansässig in der Schweiz:

4.1 Sehschärfe – Fernvisus

| Unkorrigiert | | korrigiert | |
|--------------|----|------------|----|
| R: | L: | R: | L: |

Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen ist bei Sehwerten unter 0.8 (beim besseren Auge) ein 2. Gutachten eines Augenarztes erforderlich.

4.2 horizontales Gesichtsfeld:

| | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. medizinische Gruppe (nicht berufsmässig) | <input type="checkbox"/> ≥ 120 | <input type="checkbox"/> < 120 |
| <input type="checkbox"/> 2. medizinische Gruppe (berufsmässig) | <input type="checkbox"/> ≥ 140 | <input type="checkbox"/> < 140 |

4.3 Ausfälle

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| | | <input type="checkbox"/> oben | <input type="checkbox"/> unten |

4.4 Augenbeweglichkeit

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links und links unten geprüft |
|---|

| | | |
|--------------|-------------------------------|--|
| Doppelbilder | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Richtung: |
|--------------|-------------------------------|--|

4.5 Beurteilung

Anforderungen der

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. medizinische Gruppe (nicht berufsmässig) | <input type="checkbox"/> 2. medizinische Gruppe (berufsmässig) |
| <input type="checkbox"/> ohne Sehhilfe erfüllt | <input type="checkbox"/> 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 |

4.6 Bemerkungen

Datum: _____ Stempel/Unterschrift _____

5. Bisherige Schiffsführerausweise

| Kategorie | Datum |
|----------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> A | _____ |
| <input type="checkbox"/> B | _____ |
| <input type="checkbox"/> C | _____ |
| <input type="checkbox"/> D | _____ |
| <input type="checkbox"/> E | _____ |

Beilagen

- Amtliches Dokument
- Ärztliches Zeugnis
- Kopie Niederlassungsbewilligung
- Schiffsführerausweis
- _____

Führerausweiskategorien

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

Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigungen erheblicher Tatsachen oder Vorlagen falscher Bescheinigungen einen Ausweis erschleicht, wird mit Gefängnis oder mit Busse bestraft (Art. 97 SVG, Art. 48 BSG) und hat mit dem Entzug des Ausweises zu rechnen (Art. 16 SVG, Art. 19 BSG). Änderungen sind der Rheinpolizei unverzüglich zu melden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Für Minderjährige/Bevormundete der gesetzliche Vertreter (Vater, Mutter oder Vormund): _____