

Reset-Form

Drucken

**Gesuch um Erteilung eines Lernfahr- bzw. eines Führerausweises der Kategorie:**

(Wir empfehlen das Gesuch auf dem Postweg zuzustellen, um allfällige Wartezeiten am Schalter zu umgehen)

1. Fahrzeuggruppe										2. Fahrzeuggruppe											
A	A35kW	A1	B	B1	BE	F	G	M		C	C1	C1/118	D	D1	DE	CE	C1E	D1E	BPT 121	BPT 122	Trolleybus 110
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Personalien (nur Personen mit dem Hauptwohnsitz im Kanton Freiburg können ein Gesuch einreichen)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

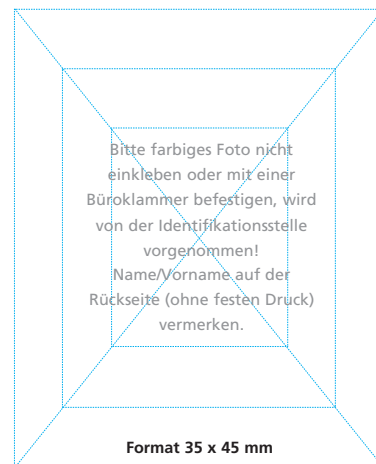
Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Heimatort + Kanton (ausländische Staatsangehörige: Heimatstaat) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: (Tag/Monat/Jahr) \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  weiblich  männlich

☎ Mobiltelefon-Nr. \_\_\_\_\_



▽ Unterschrift Gesuchsteller/-in ▽

**Schweizer Bürger/-in: Bestätigung der Personalien durch die Wohnsitzgemeinde (nur bei erstmaligem Gesuch)**  
**Ausländische Staatsangehörige: gültige Aufenthaltsbewilligung**

Stempel und Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**2. Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum**

2.1 Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung: siehe 2.5

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)  nein  ja
- oder andere Stoffwechselerkrankung?  nein  ja
- Herz-Kreislauf-Erkrankung (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörungen usw.)?  nein  ja
- Augenerkrankung (betrifft nicht Korrektur der Sehschärfe)?  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-, Extremitätenverletzungen)?  nein  ja
- Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)  nein  ja

2.2 Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:

- Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln?  nein  ja
- Eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)?  nein  ja
- Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle?  nein  ja
- Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/ Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung?  nein  ja

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

2.4 Bemerkungen oder Ergänzungen zu den obigen Angaben: \_\_\_\_\_

2.5 Falls eine der Fragen unter 2.1 - 2.3 mit "Ja" beantwortet wird, muss diesem Gesuch ein Bericht der/des behandelnden Ärztin/Arztes oder Spezialisten/-in (in der Schweiz praktizierend) beigelegt werden, wonach die Fahreignung gegeben ist.

**3. Sehtest** (gültig 24 Monate) ➔ Auszufüllen durch eine/n ermächtigte/n Optiker/-in oder Ärztin/Arzt www.ocn.ch

Nicht notwendig, wenn Sie im Besitz eines gültigen Führer- oder Lernfahrausweises sind.

3.1 Sehschärfe: unkorrigiert korrigiert  
Fernvisus R: ..... L: ..... R: ..... L: .....

3.2 Horizontales Gesichtsfeld  
1. Fahrzeuggruppe  ≥ 120°  < 120°  
2. Fahrzeuggruppe  ≥ 140°  < 140°  
Ausfälle:  ja:  rechts  links  oben  unten

3.3 Augenbeweglichkeit  
 Nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft  
Doppelbilder:  nein  ja, Richtung \_\_\_\_\_

3.4 Beurteilung Anforderungen der:  1. Fahrzeuggruppe ohne Sehhilfe erfüllt  2. Fahrzeuggruppe ohne Sehhilfe erfüllt  
 nur mit Sehhilfe erfüllt  nur mit Sehhilfe erfüllt  
 nicht erfüllt  nicht erfüllt

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_

**4. Sind Sie unter Beistandschaft?**  nein  ja

Wenn ja, sind Sie handlungsunfähig?  
 nein  ja (Wenn ja, Unterschrift der Beiständin/ des Beistandes am Ende der Seite 1 obligatorisch)

Name / Adresse der Beiständin/des Beistandes: \_\_\_\_\_

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

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Unterschrift Gesuchsteller/-in: \_\_\_\_\_

Für Minderjährige / Handlungsunfähige der/die gesetzliche Vertreter/-in (Vater, Mutter oder Beiständin/Beistand): \_\_\_\_\_

Gesuchskontrolle	IVZ-Massnahmen	Ärztin/Arzt	Theorie	Auflagen	Halter-Nr.
------------------	----------------	-------------	---------	----------	------------