

## Gesuch um Erteilung eines Lernfahr- oder Führerausweises

### Ein Passfoto beilegen

Bitte beachten Sie folgende Kriterien:

- aktuelles farbiges Passfoto (nicht älter als 5 Jahre)
- Computerprints nur auf Fotopapier ohne sichtbare Pixelstruktur
- Format ca. 35 x 45 mm
- Frontaufnahme mit direktem Blick in die Kamera
- neutraler Hintergrund
- keine Kopfbedeckung
- keine Spiegelung bei Brillengläsern
- keine Gegenstände oder andere Personen im Bild

Familienname

Lediger Name

Vorname(n)

Strasse Nr.

PLZ / Ort

Heimatort(e) / Kt.   
 Ausländer: Nationalität

Geburtsdatum

Telefon tagsüber

Geschlecht  weiblich  männlich

Email



**Unterschrift des Gesuchstellers**  
 innerhalb dieses Feldes mit schwarzer oder blauer Farbe



### Bestätigung der Personalien durch die Einwohnerkontrolle

Der Gesuchstellende muss bei der erstmaligen Einreichung des Gesuches für die Identifikation persönlich am Schalter erscheinen.

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

Stempel und Unterschrift:

Name der unterzeichnenden Person in Blockschrift:  
 \_\_\_\_\_

**Bestätigte Gesuche dürfen nicht mehr ausgehändigt werden**

### Gewünschte Kategorie(n)

							Anhänger							Taxi					
A	A35	A1	B	B1	C CZV	C1 CZV	C1 118	D CZV	D1 CZV	BE	CE	C1E	DE	D1E	F	G	M	BPT 121	BPT 122
<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"/>

### Bisherige Ausweise

Besitzen Sie oder besaßen Sie schon einen Lernfahr- oder Führerausweis?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, durch welchen Kanton oder welches Land ausgestellt?		
Wurde Ihnen schon einmal der Lernfahr- oder Führerausweis verweigert oder entzogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Vorgehen und beizulegende Unterlagen

Detaillierte Informationen zum Vorgehen bzw. zu den beizulegenden Unterlagen erhalten Sie auf unserer Internetseite ([www.mfk.bl.ch](http://www.mfk.bl.ch)) oder telefonisch bei der Motorfahrzeugkontrolle Basel-Landschaft.

Name Vorname

<b>Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum</b>		Ja	Nein
<i>Ärztliche Abklärungen werden nach den gesetzlichen Bestimmungen angeordnet</i>			
<b>Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung:</b>			
• Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder andere Stoffwechselerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herz-Kreislauf-Erkrankung (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörungen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Augenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung der Atmungsorgane (ohne Erkältungskrankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung der Bauchorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung des Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungsercheinungen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erhöhte Tagesschläfrigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chronische Schmerzzustände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken-, Extremitäten-Verletzungen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:</b>			
• Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ <b>Wenn ja:</b> Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie/ambulante Behandlung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ <b>Wenn ja:</b> Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (stationär oder ambulant)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Fahrzeugs hindern könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bemerkungen oder Ergänzungen zu den obigen Angaben:</b>			
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)**  
 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 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:** \_\_\_\_\_

**Gesuchstellerin / Gesuchsteller**