

Gesuch für die praktische Schiffsführerprüfung und Erteilung des Schiffsführerausweises der Kategorie:

Gesuch für die Umschreibung eines ausländischen Schiffsführerausweises der Kategorie

A) Schiffe mit Maschinenantrieb

A) Beschränkt auf Segelschiffe mit Maschinenantrieb

D) Segelschiffe

B) Fahrgastschiffe

C) Güterschiffe

E) Schiffe mit besonderer Bauart

1. Personalien (Bitte Gross-/Kleinschrift)

Name (Geburtsname aufführen, sofern nicht mit Familienname identisch):

Vorname(n):

Strasse, Nr.

PLZ

Wohnort:

Heimatort(e)/Kanton

(Ausländer Heimatstaat)

Geburtsdatum:
(Tag/Monat/Jahr)

weiblich

männlich

Tel. _____



Früherer Wohnort:

bis

▽ **Unterschrift Gesuchsteller/in** (innerhalb dieses Feldes in schwarzer Farbe) ▽

Bestätigung der Identifikation durch die Einwohnerkontrolle
Beachten Sie bitte die Wegleitung.

Datum: _____ Stempel und Unterschrift: _____

Gesuchskontrolle und ADMAS

Arzt

Kontrollfahrt

Nothelfer

Auflagen

Reg.-Nr.

2. Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum

- Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung:
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nein |
| - Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Herz-Kreislauf-Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Augenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Erkrankung der Atmungsorgane (u.a. Asthma, keine Erkältungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Erkrankung der Bauchorgane? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Erkrankung des Nervensystems (MS, Parkinson, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nierenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - erhöhte Tagesschläfrigkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - chronische Schmerzzustände? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Probleme mit Alkohol, Betäubungs-, Arzneimitteln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn Ja waren oder sind Sie deswegen in Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - eine psychische Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn Ja waren oder sind Sie deswegen in Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/Einschlafneigung? | <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"/> |

Haben Sie eine oder mehrere Fragen mit Ja beantwortet, oder sind Sie älter als 65 Jahre, ist ein Arztzeugnis beizulegen.

3. Strafen und Massnahmen

3.1 Ist zur Zeit ein Strafverfahren gegen Sie hängig? Ja Nein

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

4. Sehtest (gültig 24 Monate)

Auszufüllen durch anerkannten Optiker oder Augenarzt in der Schweiz

Sehschärfe: Fernvisus unkorrigiert: _____ korrigiert: _____
R: L: R: L:

Horizontales 1. medizinische Gruppe: ≥120 < 120
Gesichtsfeld 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:

Bemerkungen

Beurteilung Anforderungen der med. Gruppe 1. 2. erfüllt
 ohne Sehhilfe
 nur mit Brille/Kontaktlinsen
 nicht erfüllt

Datum: Stempel/Unterschrift:

5. Vormundschaft und Beistandschaft

Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter einer umfassenden Beistandschaft? Ja Nein

Name, Adresse des Vertreters/der Vertreterin:

.....

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen oder umfassend verbeiständeten Personen der gesetzliche Vertreter (Vater, Mutter oder Beistand): _____

Hinweise

Allgemeines

- ❖ Jede auf der Vorderseite dieses Gesuches gestellte Frage ist durch das Einsetzen eines X oder Klartext zu beantworten. Unvollständig ausgefüllte Gesuche werden zurückgewiesen.
- ❖ Die Richtigkeit der Personalien ist durch die für den Wohnort zuständige Einwohnerkontrolle zu bestätigen.
- ❖ Die Gebühren für die theoretische Prüfung, die praktische Prüfung und den Schiffsführerausweis werden getrennt erhoben.

Führerausweiskategorien

Zur Führung eines Schiffes ist ein Führerausweis erforderlich, wenn

- ❖ die Antriebsleistung 6 kW übersteigt
- ❖ die Segelfläche mehr als 15m² beträgt

Wer ein Schiff mit Maschinenantrieb führt, muss mindestens 14 Jahre alt sein.

Der Ausweis der Kategorie A wird auf Segelschiffe mit Motor beschränkt, wenn die Führerprüfung mit einem solchen Schiff absolviert wurde.

Kategorien: A Schiffe mit Maschinenantrieb, soweit sie nicht unter die Kategorien B und C fallen
 B Fahrgastschiffe
 C Güterschiffe mit Maschinenantrieb, Schubschiffe und Schlepper
 D Segelschiffe
 E Schiffe besonderer Bauart

Mindestalter:	Kat. A	18 Jahre	Kat. B	20 Jahre
	Kat. C	20 Jahre	Kat. D	14 Jahre
	Kat. E	20 Jahre		

Bestellungen (Lehrmittel)

Lehrmittel können auch über Buchhandlungen oder Online-Shops bezogen werden

- Gute Fahrt auf Schweizerischen Gewässern (inkl. Online Applikation) Fr. 79.00
Alle Lieferungen zuzüglich Versandkosten

Dieses Gesuch ist einzureichen an

Kanton Solothurn
Motorfahrzeugkontrolle
Schiffahrt
Gurzelenstrasse 3
4512 Bellach