



# 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):

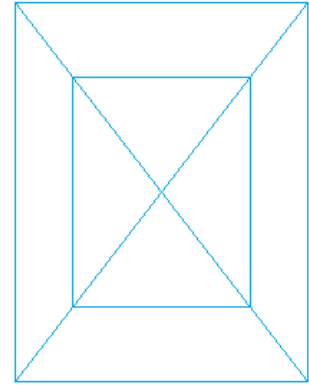
Strasse, Nr.

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? <b>wenn ja:</b> 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.)? <b>wenn ja:</b> 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:		
<b>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.</b>		

#### 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 <b>geprüft</b>
---

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): \_\_\_\_\_