



STRASSENVERKEHRSAMT DES KANTONS GRAUBÜNDEN
UFFICIO DELLA CIRCOLAZIONE DEL CANTONE DEI GRIGIONI
UFFIZI PER IL TRAFFIC SIN VIA DAL CHANTUN GRISCHUN

CH-7001 Chur, Ringstrasse 2
 www.stva.gr.ch

Telefon 081 257 80 75
 spezialfahrzeuge@stva.gr.ch

Telefax 081 252 90 08

**Anmeldung zur Schiffsführerprüfung/
 Gesuch um Erteilung eines Schiffsführerausweises der Kategorie:**

- A** Motorschiff **B** Fahrgastschiff **C** Güterschiff **D** Segelschiff

1. Personendaten Ref. Nr.

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Wohnort:

Sehprobe beim Optiker
Ges. Anforderungen erfüllt:
<input type="checkbox"/> Ohne Sehhilfe
<input type="checkbox"/> Nur mit Brille oder Kontaktschalen
<input type="checkbox"/> Nur mit augenärztlicher Zustimmung
Datum, Stempel, Unterschrift

Geburtsdatum:

Tel. während der Arbeitszeit:

Heimatgemeinde: (Ausländer: Heimatstaat):

Bestätigung: Der Gesuchsteller hat seinen gesetzlichen Wohnsitz in unserer Gemeinde und die Personendaten stimmen.

Gemeindekanzlei/Einwohnerkontrolle
(Stempel und Unterschrift)

Datum:

Bisherige Schiffsführerausweise ja nein

Ausstellungsjahr Kategorie (Kopie des Ausweises beilegen)

Wünschen Sie ein Theoriebuch ja nein, - den Fragekatalog ja nein

Prüfungsort, Gesuch für die ausserkantonale Schiffsführerprüfung:

theoretischer Teil im Kanton:

praktischer Teil im Kanton : ...SG / Walensee.....

2. Krankheiten und Gebrechen	ja	nein		ja	nein
Benötigen Sie eine Brille oder tragen Sie Kontaktshalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Epilepsie oder epilepsie-ähnlichen Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer nicht folgenlos ausgeheilten:			• Lähmungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krankheit der Atmungsorgane (z.B. Asthma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Gehörlosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krankheit des Herzens oder Blutgefäße?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist Ihres Wissens Ihr Blutdruck zu hoch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nierenkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu niedrig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nervenkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* Waren Sie je in einer Heilstätte für Alkoholranke hospitalisiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krankheit der Bauchorgane (Magen, Darm, Stoffwechselkrankheiten, z.B. Diabetes u.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* Haben Sie eine Entziehungskur für Rauschgift durchgemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Unfallverletzungen (Schädelbruch u.a.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* Waren Sie je in einer Klinik für Geistes- oder Gemütskrankheit hospitalisiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie jemals an:			Beziehen Sie wegen Krankheit oder Unfalles eine Rente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* Haben Sie andere Krankheiten oder Gebrechen, die Sie am Führen eines Schiffes hindern könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwächezuständen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Süchten (Alkohol, Rauschgift, Medikamente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Geisteskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Wo und wann?					
* Bemerkungen?					

3. Vorstrafen

Sind Sie schon bestraft worden (Freiheitsstrafe, Busse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist zur Zeit ein Strafverfahren gegen Sie hängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihnen schon einmal der Führerausweis verweigert oder entzogen oder das Führen von Fahrzeugen verboten (auch wenn im Ausland erfolgt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: warum, durch wen und für welche Zeit?		

4. Vormundschaft

Name und Adresse des Vormundes, wenn Sie unter Vormundschaft stehen:

Ort und Datum:	Unterschrift	Für Minderjährige oder Bevormundete Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
----------------	--------------	---

Diesem Gesuch sind folgende Unterlagen beizulegen:

- Ein Passfoto aus neuerer Zeit, ohne Kopfbedeckung. Bitte Name auf der Rückseite vermerken.
- Sehprobe durch einen berechtigten Optiker, direkt auf dem Gesuch bestätigen zu lassen.
- Vertrauensärztliche Untersuchung für Bewerber die das 65 Altersjahr überschritten haben, für körperbehinderte Bewerber, Epileptiker oder Gehörlose. Für Bewerber der Kategorien B und C.