



**CANTON DU VALAIS**  
**KANTON WALLIS**

**Gesuch um Erteilung eines Lernfahr- bzw. eines Führerausweises der Kat.**

**Gesuch um Umtausch eines ausländischen Führerausweises der Kat.**

**A A<sup>25kw</sup> A1 B B1 C C1 D D1 BE CE C1E DE D1E F G M BPT**

**Personalien (Bitte Gross- / Kleinschrift)**

Name  
Vorname  
Strasse, Nr.  
PLZ, Wohnort  
Heimatort  
Geburtsdatum weiblich männlich  
Früherer Wohnort bis

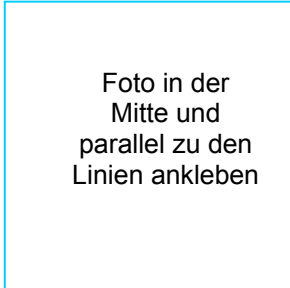


Foto in der  
Mitte und  
parallel zu den  
Linien ankleben

Farbiges Passfoto

Personen-Nr.



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



**Bestätigung der Identifikation bzw. der Personalien durch die Gemeindeverwaltung**  
Datum : Stempel und Unterschrift

ADMAS      Auflagen      Personen-Nr.

**Krankheiten, Gebrechen und Süchte**

- Leiden Sie an einer nicht folgos ausgeheilten :
  - o Krankheit der Atmungsorgane ?
  - o Krankheit des Herzens oder der Blutgefässe ?
  - o Nierenkrankheit ?
  - o Nervenkrankheit ?
  - o Krankheit der Bauchorgane ?
  - o Unfallverletzung ?
- Leiden oder litten Sie jemals an :
  - o Ohnmachtsanfällen ?
  - o Schwächezuständen ?
  - o Süchten (Alkohol, Rauschgift, Medikamente) ?
  - o Geisteskrankheiten
  - o Epilepsie oder epilepsieähnlichen Anfällen ?
  - o Gehörlosigkeit ?
- Ist Ihres Wissens Ihr Blutdruck normal ?  
Wenn nein : zu hoch zu niedrig
- Waren Sie je in einer Heilstätte für Alkoholranke hospitalisiert ?
- Haben Sie je eine Entziehungskur für Rauschgift durchgemacht ?
- Waren Sie je in einer Klinik für Geistes- oder Gemütsranke hospitalisiert ?
- Haben Sie andere Krankheiten oder Gebrechen, die Sie am sicheren Führen eines Motorfahrzeuges hindern könnten ?
- Bemerkungen

**Sehtest (gültig 24 Monate)**

Auszufüllen durch einen Arzt oder Optiker

- **Sehschärfe** unkorrigiert korrigiert  
Fernvisus R : ..... L : ..... R : ..... L : .....
- **Horizontales Gesichtsfeld**  
 keine Einschränkung  ≥140°  < 140°  
Ausfälle :  nein  ja :  rechts  links
- **Augenbeweglichkeit**  
 nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft  
Doppelbilder :  nein  ja, Blickrichtung .....
- **Stereosehen**  
Bestehen wesentliche Einschränkungen ?  ja  nein
- **Pupillenmotorik**  
Liegt eine Anisokorie vor ?  ja  nein  
Lichtreaktion  prompt (beidseitig)  verzögert oder fehlend

**Resultat**

- Anforderungen der Gruppe ..... sind erfüllt
- Ohne Sehhilfe  Mit Brille oder Kontaktlinsen
- Nur mit augenärztlicher Zustimmung
- Bemerkungen : .....
- Datum : ..... Stempel/Unterschrift : .....

**Vormundschaft**

Stehen Sie unter Vormundschaft ?  
Name und Adresse des Vormundes :

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 :** .....

Für Minderjährige / Bevormundete der gesetzliche Vertreter (Vater, Mutter oder Vormund) .....