

Gesuch für Umtausch eines ausländischen Führerausweises

Ich möchte folgende Führerausweis-Kategorien übernehmen:



1. Personalien (Bitte Gross- und Kleinschrift)

Name _____ Geburtsname (wenn anders als Familienname) _____

Vorname(n) _____

Strasse, Nr. _____

PLZ _____ Wohnort _____

Heimatort (für Schweizer/innen) oder Heimatstaat (für Ausländer/innen) _____

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) _____ weiblich männlich

Mobiltelefon-Nr. _____

Informationen zum Einreichen Ihres Fotos erhalten Sie hier:
www.zh.ch/foto-fuehrerausweis

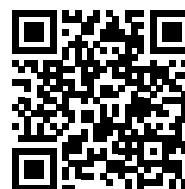


Foto digital eingereicht

▼ Unterschrift Gesuchsteller/in (innerhalb des Feldes) ▼

Bestätigung der Identifikation bzw. Personalien durch die zuständige Behörde

Nur nötig, wenn Sie noch keinen Schweizer Lernfahr- oder Führerausweis haben.

Datum der Identifikation _____

Stempel und Unterschrift

2. Krankheiten, Behinderungen, Substanzkonsum

2.1 Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung:

- Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselerkrankungen?
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen?
- Augenerkrankung?
 - Erkrankung der Atmungsorgane?
 - Erkrankung der Bauchorgane?
 - Erkrankung des Nervensystems?
 - Nierenkrankung?
 - Erhöhte Tagesschläfrigkeit?
 - Chronische Schmerzzustände?
 - Nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen?
 - Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2.2 Hatten Sie jemals oder haben Sie heute:

- Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle?
- Ohnmachtsanfälle, Schwächezustände oder Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung?
- Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln oder Arzneimitteln?
- eine psychische Erkrankung wie Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere Depression?
- Behinderungen oder andere Krankheiten, die Sie am sicheren Fahren eines Fahrzeugs hindern könnten?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2.3 Waren Sie jemals oder sind Sie heute:

- in einer Entzugstherapie oder in ambulanter Behandlung wegen Problemen mit Alkohol, Betäubungsmitteln oder Arzneimitteln?
- in stationärer oder ambulanter Behandlung wegen einer psychischen Erkrankung wie Schizophrenie, Psychose, einer manischen oder schweren depressiven Erkrankung?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2.4 Bemerkungen:

Falls Sie eine der Fragen im Abschnitt 2 mit «ja» beantworten, müssen Sie diesem Gesuch einen ausführlichen ärztlichen Bericht beilegen, der nicht älter als 3 Monate ist.

3. Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft?

Name und Adresse gesetzl. Vertreter/in _____

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Unterschrift gesetzl. Vertreter/in

4. Sehtest: Ausfüllen lassen in einem Schweizer Optikergeschäft oder in einer Schweizer Arztpraxis. Nur nötig, wenn Sie Kat. A oder Kat. B (und Unterkategorien) umschreiben lassen.

4.1 Sehschärfe Fernvisus

R: _____ L: _____ R: _____ L: _____

4.2 Horizontales Gesichtsfeld ≥ 120 < 120 (1. med. Gruppe) ≥ 140 < 140 (2. med. Gruppe)

Ausfälle

nein ja rechts links oben unten

4.3 Augenbeweglichkeit

nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft

4.4 Doppelbilder

nein ja, Richtung _____

4.5 Beurteilung

<input type="checkbox"/> 1. med. Gruppe	<input type="checkbox"/> 2. med. Gruppe
<input type="checkbox"/> ohne Sehhilfe	<input type="checkbox"/> ohne Sehhilfe
<input type="checkbox"/> nur mit Sehhilfe	<input type="checkbox"/> nur mit Sehhilfe
<input type="checkbox"/> nur mit augenärztlicher Zustimmung	<input type="checkbox"/> nur mit augenärztlicher Zustimmung
<input type="checkbox"/> nicht erfüllt	<input type="checkbox"/> nicht erfüllt

Datum Sehtest (gültig 24 Monate)

Stempel und Unterschrift
Ärztin/Arzt / Optiker/in / Optometrist/in

5. Verzicht auf Kategorien

Ich verzichte auf die Kategorie(n):

6. Wurde Ihnen schon einmal ein Lernfahr- oder Führerausweis verweigert oder entzogen oder das Führen von Fahrzeugen verboten?

ja nein

7. Ich habe die Fragen in den Abschnitten 2, 3 und 6 alle beantwortet und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

Wenn Sie absichtlich falsche Angaben machen, können wir Ihnen den Ausweis verweigern und Sie müssen mit einer Strafe rechnen.

Alle weiteren Angaben über Kategorien und den Weg vom Lernfahrausweis zum Führerausweis finden Sie auf www.zh.ch/fuehrerausweis

Gesuchskontrolle	Admas	Ärztin/Arzt	Auflagen	Fahrpraxis
------------------	-------	-------------	----------	------------