



Gesuch für Umtausch eines ausländischen Führerausweises

Ich möchte folgende Führerausweis-Kategorien übernehmen:

A1	A 35 kW	A	B1	B	C1	C	D1	D	BE	C1E	CE	D1E	DE	F	G	M	BPT/121	BPT/122
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Personalien (Bitte Gross- und Kleinschrift)

Name Geburtsname (wenn anders als Familienname)

Vorname(n)

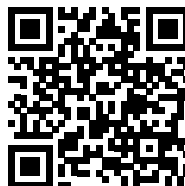
Strasse, Nr.

PLZ Wohnort

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

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) weiblich ☐ männlich ☐

Informationen zum Einreichen Ihres
Fotos erhalten Sie hier:



www.zh.ch/foto-fuehrerausweis

Foto digital eingereicht

Mobiltelefon-Nr.

▽ 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? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Herz-Kreislauf-Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Augenerkrankung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Erkrankung der Atmungsorgane? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Erkrankung der Bauchorgane? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Erkrankung des Nervensystems? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Nierenerkrankung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Erhöhte Tagesschläfrigkeit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Chronische Schmerzzustände? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

2.2 Hatten Sie jemals oder haben Sie heute:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Ohnmachtsanfälle, Schwächezustände oder Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln oder Arzneimitteln? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - eine psychische Erkrankung wie Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere Depression? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Behinderungen oder andere Krankheiten, die Sie am sicheren Fahren eines Fahrzeugs hindern könnten? | <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? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - 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 |

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

☐ ja ☐ 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: <input type="text"/> L: <input type="text"/>	R: <input type="text"/> L: <input type="text"/>
	unkorrigiert	korrigiert
4.2 Horizontales Gesichtsfeld	<input type="checkbox"/> ≥ 120 <input type="checkbox"/> ≥ 140	<input type="checkbox"/> < 120 <input type="checkbox"/> < 140
Ausfälle	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> rechts oben <input type="checkbox"/> links oben <input type="checkbox"/> rechts unten <input type="checkbox"/> links unten
4.3 Augenbeweglichkeit	<input type="checkbox"/> nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft	
4.4 Doppelbilder	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Richtung	
4.5 Beurteilung	<input type="checkbox"/> 1. med. Gruppe <input type="checkbox"/> ohne Sehhilfe <input type="checkbox"/> nur mit Sehhilfe <input type="checkbox"/> nur mit augenärztlicher Zustimmung <input type="checkbox"/> nicht erfüllt	<input type="checkbox"/> 2. med. Gruppe <input type="checkbox"/> ohne Sehhilfe <input type="checkbox"/> nur mit Sehhilfe <input type="checkbox"/> nur mit augenärztlicher Zustimmung <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
------------------	-------	-------------	----------	------------