



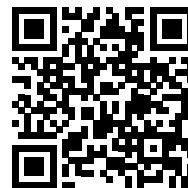
Lernfahrgesuch für die Kategorie:



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 noch keinen Schweizer Lernfahr- oder Führerausweis haben.

- | | | | |
|-------------------------------|--|---|--|
| 4.1 Sehschärfe Fernvisus | R: <input type="checkbox"/> unkorrigiert | L: <input type="checkbox"/> korrigiert | |
| 4.2 Horizontales Gesichtsfeld | <input type="checkbox"/> ≥ 120 | <input type="checkbox"/> < 120 | (1. med. Gruppe) |
| Ausfälle | <input type="checkbox"/> ≥ 140 | <input type="checkbox"/> < 140 | (2. med. Gruppe) |
| | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| | | | <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten |
| 4.3 Augenbeweglichkeit | 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"/> 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. Besitzen oder besaßen Sie schon einmal einen Lernfahr- oder Führerausweis in der Schweiz oder im Ausland?

ja nein

5.1 Wenn ja, aus welchem Kanton bzw. Staat?

ja nein

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, 5 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/lernfahrer

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