



# Anmeldung Schiffsführer/in

- ☐ Ich beantrage die Kategorie (Zutreffendes ankreuzen):
- ☐ Ich habe einen eidgenössischen Schiffsführerausweis der Kategorie: \_\_\_\_\_
- ☐ Ich möchte meinen ausländischen Schiffsführerausweis umtauschen der Kategorie(n): \_\_\_\_\_
- ☐ Ich möchte meinen militärischen Schiffsführerausweis umtauschen
- ☐ Motorschiff (A)
- ☐ Segelschiff (D)
- ☐ Güterschiff (C)
- ☐ Segelschiff mit Maschinenantrieb (A)
- ☐ Fahrgastschiff (BI & BII/1)
- ☐ Schiff besonderer Bauart (E)

## 1. Personalien (Bitte Gross- und Kleinschrift)

Name \_\_\_\_\_ Geburtsname (wenn anders als Familienname) \_\_\_\_\_

Vorname(n) \_\_\_\_\_

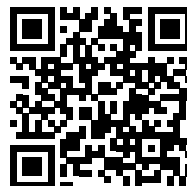
Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

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 Personalien bzw. Wohnsitzbestätigung der Wohngemeinde

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? ☐ ja ☐ nein
- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein
- ☐ Augenerkrankung? ☐ ja ☐ nein
- ☐ Erkrankung der Atmungsorgane? ☐ ja ☐ nein
- ☐ Erkrankung der Bauchorgane? ☐ ja ☐ nein
- ☐ Erkrankung des Nervensystems? ☐ ja ☐ nein
- ☐ Nierenerkrankung? ☐ ja ☐ nein
- ☐ Erhöhte Tagesschläfrigkeit? ☐ ja ☐ nein
- ☐ Chronische Schmerzzustände? ☐ ja ☐ nein
- ☐ Nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen? ☐ ja ☐ nein
- ☐ Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen? ☐ ja ☐ nein

### 2.2 Hatten Sie jemals oder haben Sie heute:

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

### 2.3 Waren Sie jemals oder sind Sie heute:

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

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 zum Führerausweis finden Sie auf [zh.ch/schifffahrt](http://zh.ch/schifffahrt)

Gesuchskontrolle

Bemerkungen

## 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: \_\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_  
unkorrigiert korrigiert

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 ☐ 1. med. Gruppe ☐ 2. med. Gruppe  
☐ ohne Sehhilfe ☐ ohne Sehhilfe  
☐ nur mit Sehhilfe ☐ nur mit Sehhilfe  
☐ nur mit augenärztlicher Zustimmung ☐ nur mit augenärztlicher Zustimmung  
☐ nicht erfüllt ☐ nicht erfüllt

Datum Sehtest (gültig 24 Monate)

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

## 5. Hörvermögen

5.1 Haben Sie Hörbeschwerden? ☐ ja ☐ nein

5.2 Leiden Sie an einer Erkrankung des Innen- oder Mittelohrs? ☐ ja ☐ nein

6. Ich habe die Fragen in den Abschnitten 2, 3 und 5 alle beantwortet und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.



SFO324SIFU202509



**Öffnungszeiten**

**Mai bis August**

Montag bis Dienstag: 7.00–16.00 Uhr  
Mittwoch: 7.00–18.00 Uhr  
Donnerstag bis Freitag: 7.00–16.00 Uhr

**September bis April**

Montag bis Freitag: 07.00–11.30 und 13.00–16.00 Uhr

**Beilagen**

- ☐ Optional zur Wohnsitzbestätigung auf dem Formular:
  - Kopie des Schriftenempfangsscheins oder Kopie der Wohnsitzbestätigung
- ☐ Sie besitzen bereits eine Schiffsführerkategorie:
  - Kopie des eidgenössischen Schiffsführerausweises
- ☐ Prüfung in einem anderen Kanton:
  - Ausgefülltes Formular «Gesuch zum Ablegen der Schiffsführerprüfung in einem anderen Kanton»
- ☐ Umschreiben ausländischer Schiffsführerausweis:
  - Kopie des betreffenden Ausweises
  - Kopie eines amtlichen Dokuments mit Einreisedatum (Ausländerausweis, Wohnsitzbestätigung)
- ☐ Umschreiben militärischer Schiffsführerausweis:
  - Kopie des Ausweises