

# Anmeldung Schiffsführer/in

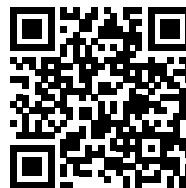
- Ich beantrage die Kategorie (Zutreffendes ankreuzen):  Motorschiff (A)  Segelschiff mit Maschinenantrieb (A)  
 Ich habe einen eidgenössischen Schiffsführerausweis der Kategorie:  Segelschiff (D)  Fahrgastschiff (BI & BII/1)  
 Ich möchte meinen ausländischen Schiffsführerausweis umtauschen der Kategorie(n):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

## 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](http://www.zh.ch/foto-fuehrerausweis)

Foto digital eingereicht

## ▼ 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?
- 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: \_\_\_\_\_

ja  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: \_\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_  
**4.2 Horizontales Gesichtsfeld** R:  $\geq 120$  L:  $< 120$  (1. med. Gruppe)  
 Ausfälle R:  $\geq 140$  L:  $< 140$  (2. med. Gruppe)  
 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.

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/schiffahrt](http://zh.ch/schiffahrt)

Gesuchskontrolle

Bemerkungen



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