



Versicherten-Nr.

Name, Vorname:

Srasse und Nr.:

PLZ / Ort:

Wehrpflichtersatzverwaltung  
des Kantons Zürich  
Postfach  
8090 Zürich

**Fragebogen betreffend die Ersatzbefreiung wegen Gehörlosigkeit  
für das Ersatzjahr \_\_\_\_\_**

Sie machen eine Befreiung von der Wehrpflichtersatzabgabe wegen Gehörlosigkeit geltend. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen einem Spezialarzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten Ihrer Wahl und auf Ihre Kosten zur Abklärung Ihrer Gehörlosigkeit zu unterbreiten. Dieser vom Arzt unterzeichnete Fragebogen ist uns innert 60 Tagen wieder zuzustellen.

---

**vom Spezialarzt auszufüllen**

---

Wir bitten Sie, die Resultate des nachstehenden Audiogrammes zu bestätigen:

Audiogramm				
Hertz	500	1000	2000	4000
db rechts				
db links				

Datum

Stempel und Unterschrift