



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	C1/118	Trolley/110	
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Berufsmässig: ja nein

1. Personalien (Bitte GROSS- und Kleinschrift)

Name (auch Geburtsname) _____

Vorname(n) _____

Strasse, Nr. _____

PLZ _____ Wohnort _____

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

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) _____ weiblich männlich Telefon _____



▽ **Unterschrift Gesuchsteller/in** (innerhalb des Felds) ▽

Früherer Wohnort _____ bis _____

Bestätigung der Identifikation bzw. der Personalien durch die zuständige Behörde

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 usw.? ja nein

2.4 Bemerkungen: _____

Falls Sie eine der medizinischen Fragen im Abschnitt 2 mit «Ja» beantworten, müssen Sie diesem Gesuch einen ärztlichen Bericht beilegen.

3. Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft? ja nein

Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters und seine Unterschrift _____

4. Sehtest, auszufüllen durch eine Schweizer Optikerin/Ärztin oder einen Schweizer Optiker/Arzt (gültig 24 Monate)

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 oben links unten

4.3 Augenbeweglichkeit nach rechts oben, rechts links oben, links links unten geprüft

4.4 Doppelbilder nein 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 _____ Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt/Optiker/in _____

5. Bisherige Ausweise

5.1 Wurde Ihnen schon einmal der Lernfahr- oder Führerausweis verweigert oder entzogen oder das Führen von Fahrzeugen verboten? ja nein

Ich verzichte auf die Kategorie(n): _____

Unterschrift: _____

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 zum Umtausch des ausländischen Führerausweises finden Sie auf www.stva.zh.ch

Gesuchskontrolle	Admas	Arzt	Auflagen
------------------	-------	------	----------