



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 TAXI
 BPT/121 BPT/122 C1/118 Trolley/110

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) ▽

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.

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

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

Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters und seine Unterschrift _____

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 _____