



Anmeldung Schiffsführer/in

zh.ch/schifffahrt

- 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 (auch Geburtsname)

Vorname(n)

Strasse, Nr.

PLZ Wohnort

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

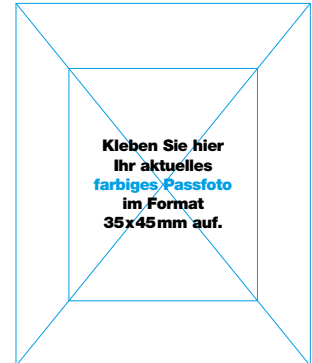
Geburtsdatum
(Tag/Monat/Jahr)

weiblich

männlich

Telefon

Früherer Wohnort _____ bis _____



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

Personalien bzw. Wohnsitzbestätigung der Wohngemeinde

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
- Behinderung 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 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"/> nicht erfüllt	<input type="checkbox"/> nicht erfüllt
<input type="checkbox"/> nur mit augenärztlicher Zustimmung	<input type="checkbox"/> nur mit augenärztlicher Zustimmung

Datum Sehtest

Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt/Optiker/in

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

ja nein

Name und Adresse der gesetzlichen Vertretung und ihre/seine Unterschrift

5. Hörvermögen

5.1 Haben Sie Hörbeschwerden? ja nein

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

Gesuchskontrolle

Bemerkungen





Öffnungszeiten

Mai bis August:
September bis April:

(Montag bis Freitag)

07.00–16.00 Uhr, Mittwoch bis 18.00 Uhr
07.00–11.30 und 13.00–16.00 Uhr

Beilagen

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Optional zu Wohnsitzbestätigung auf dem Formular: | Kopie des Schriftenempfangsscheins/Wohnsitzbestätigung |
| <input type="checkbox"/> | Sie besitzen bereits eine Schiffsführerkategorie: | Kopie des eidgenössischen Schiffsführerausweises |
| <input type="checkbox"/> | Prüfung in einem anderen Kanton: | Ausgefülltes Formular «Gesuch zum Ablegen der Schiffsführerprüfung in einem anderen Kanton» |
| <input type="checkbox"/> | Umschreiben ausländischer Schiffsführerausweis: | Kopie des betreffenden Ausweises, Kopie eines amtlichen Dokuments mit Einreisedatum (Ausländerausweis, Wohnsitzbestätigung) |
| <input type="checkbox"/> | Umschreiben militärischer Schiffsführerausweis: | Kopie des Ausweises |