



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) _____

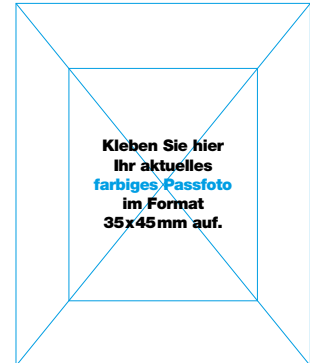
Vorname(n) _____

Strasse, Nr. _____

PLZ _____ Wohnort _____

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

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



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

Früherer Wohnort _____ bis _____

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: 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: _____
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, 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
 nicht erfüllt nicht erfüllt
 nur mit augenärztlicher Zustimmung 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 |