



Anmeldung Schiffsführer/in

zh.ch/schiffahrt

- 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)

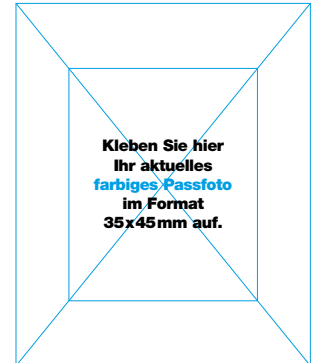
weiblich

männlich

Telefon

Früherer Wohnort

bis



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

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
- 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** 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 |