



# Lernfahrgesuch für die Kategorie:

Berufsmässig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																					

## 1. Personalien (Bitte Gross- und Kleinschrift)

Name  Geburtsname (wenn anders als Familienname)

Vorname(n)

Strasse, Nr.

PLZ  Wohnort

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

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)  weiblich  männlich  Telefon



**Kleben Sie hier  
Ihr aktuelles  
Passfoto  
im Format  
35x45mm auf.**

E-Mail

Früherer Wohnort  bis

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

**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, welcher nicht älter als 3 Monate ist.

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

Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters   ja  nein

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

## 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

**5. Besitzen oder besaßen Sie schon einmal einen Lernfahr- oder Führerausweis in der Schweiz oder im Ausland?**  ja  nein

**5.1 Wenn Ja, aus welchem Kanton bzw. Staat?**

**6. Wurde Ihnen schon einmal ein Lernfahr- oder Führerausweis verweigert oder entzogen oder das Führen von Fahrzeugen verboten?**  ja  nein

**7. Ich habe die Fragen in den Abschnitten 2, 3, 5 und 6 alle beantwortet und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.**

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 Weg vom Lernfahrausweis zum Führerausweis finden Sie auf [www.zh.ch/lernfahrer](http://www.zh.ch/lernfahrer)

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