Kanton Zürich
Sicherheitsdirektion
Strassenverkehrsamt

Lernfahrgesuch für die Kategorie:

A1	A 35 kW	A	B1	B	C1	C	D1	D	BE	C1E	CE	D1E	DE	F	G	M	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

Früherer Wohnort bis

Bitte Schutzfolie abziehen und **farbiges Passfoto** aufkleben →

▽ **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.

3. Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft? ja nein
Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters und seine Unterschrift

4. Sehtest, auszufüllen durch eine Schweizer Optikerin/Ärztin oder einen Schweizer Optiker/Arzt (gültig 24 Monate)

4.1 Sehschärfe Fernvisus	R: L: unkorrigiert	R: L: korrigiert
4.2 Horizontales Gesichtsfeld	≥ 120 < 120 ≥ 140 < 140	(1. med. Gruppe) (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 nur mit Sehhilfe	ohne 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

Wenn Ja, aus welchem Kanton bzw. Staat?

Wurde Ihnen schon einmal ein Lernfahr- oder Führerausweis oder eine Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport verweigert, entzogen oder das Führen von Fahrzeugen verboten? ja nein

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.stva.zh.ch**

Gesuchskontrolle	Admas	Arzt	Auflagen	Fahrpraxis