



**- Antrag auf Erteilung eines Kleinen Waffenscheines -**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/Email: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage eine Erlaubnis zum Führen von Schreckschuss-, Reizstoff- und Signalwaffen (§ 10 Abs. 4 WaffG)**

Seit wann halten Sie sich ununterbrochen in der Bundesrepublik auf? \_\_\_\_\_

Aufenthalt in den letzten 5 Jahren: \_\_\_\_\_  
(Zeitraum, Gemeinde, Kreis, Land)

Besitzen Sie bereits Waffen?  Ja  Nein

Wenn ja, Anzahl, Art und Erwerbsdatum: \_\_\_\_\_

Besitzen Sie bereits Munition?  Ja  Nein

Wenn ja, Anzahl, Art und Erwerbsjahr: \_\_\_\_\_

Wurde Ihnen bereits früher eine waffenrechtliche Erlaubnis erteilt?  Ja  Nein

Wenn ja, durch welche Behörde? \_\_\_\_\_

Besitzt die zu führende Waffe das PTB-Zeichen im Kreis?  Ja  Nein

Wie wollen Sie die Waffe aufbewahren?  
Beispiel zur Aufbewahrung:  
Schreckschusswaffe in verschließbarer Geldkassette, Munition getrennt davon in einem anderen verschließbaren Behältnis/Schrank.  
Art der Aufbewahrung in Sicherheitsbehältnis: Stufe A, Stufe B, Grad 0, Grad I, Grad II, Grad III, Grad IV, Grad IV KB, Grad V, Grad V KB  
(nichtzutreffendes streichen)  
Anzahl der insgesamt aufzubewahrenden Waffen / Munition: \_\_\_\_\_  
Sonstige Aufbewahrung wenn o. g. nicht zutrifft: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bestehen körperliche oder geistige Mängel?**

(z. B. Sehschwäche / Farbuntüchtigkeit / Nachtblindheit / Einäugigkeit / Hirnverletzung / schwere Herz- Kreislauferkrankungen / Zuckererkrankung / Anfallsleiden / Geisteskrankheit / Alkohol-, Arzneimittel- oder Drogenmissbrauch / Schwerhörigkeit / Amputation / Lähmungen usw.)

keine  folgende: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)