

Landrat des Kreises Hersfeld-Rotenburg
Der Landrat
-Waffenwesen-
Friedloser Straße 12

36251 Bad Hersfeld



Antrag auf Erteilung

einer Erlaubnis zum Führen von Schreckschuss-, Reizstoff- und Signalwaffen i.S.d. Anlage 2 Abschnitt 2
 Unterabschnitt 2 Ziffer 1.3 des Waffengesetzes (WaffG) vom 11.10.2002 (BGBl. I Seite 3970)
-Kleiner Waffenschein-

Angaben zur Person (Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen)

1	Name	Familienname, Geburtsname, Vorname		
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit:		
	Ehegatte	Familienname, Geburtsname, Vorname		
2	Geburtsdaten, Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum	Geburtsort, Landkreis, Land	Staatsangehörigkeit
3	Beruf	erlernter Beruf	derzeit ausgeübter Beruf	
4	Haupt- oder einzige Wohnung	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort		
5	Nebenwohnung/en	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort		
6	Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland	ununterbrochen in der Bundesrepublik wohnhaft seit:	erstmalig wohnhaft in der Bundesrepublik im Jahr:	
		Wohnungen in den letzten 5 Jahren (Jahr, Gemeinde, Landkreis, Land)		
7	Geburtsname eines Elternteils	Geburtsname der Mutter	oder	Geburtsname des Vaters
8	Nur bei Minderjährigen	Familienname, Geburtsname, Vornamen und Beruf des Vaters		
		Familienname, Geburtsname, Vornamen und Beruf der Mutter		
9	Körperliche Behinderung	Sind Sie körperbehindert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art der Behinderung (z.B. Hörfehler, Amputation von Gliedmaßen, etc.)	
10	Sehbehinderung	Sind Sie sehbehindert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Angaben der Dioptrien links: rechts:	

Hinweis zur Überprüfung der persönlichen Eignung:

Nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 6 Waffengesetz ist vor der Erteilung der beantragten Erlaubnis eine Überprüfung der persönlichen Eignung durchzuführen. In diesem Zusammenhang wird auch beim zuständigen Gesundheitsamt angefragt,

- ob dort zu Ihrer Person Erkenntnisse über eine psychische Erkrankung oder Suchtkrankheit vorliegen.
- Das Gesundheitsamt antwortet auf diese Anfrage der Waffenbehörde **nur mit „NEIN**, keine Erkenntnisse vorhanden“ **oder „Ja**, Erkenntnisse vorhanden“.
- Liegen dem Gesundheitsamt Erkenntnisse vor, werden Sie hiervon durch die Waffenbehörde unterrichtet und von ihr um die erneute Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gebeten.
- Erst nach der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bittet die Waffenbehörde das Gesundheitsamt um Mitteilung von Erkenntnissen, Übersendung von einschlägigen Unterlagen oder um eigene Begutachtung.
- Dieses Verfahren gilt auch für die Regelüberprüfung, die gemäß § 4 Abs. 3 Waffengesetz für die Inhaberinnen und Inhaber von waffenrechtlichen Erlaubnissen mindestens alle drei Jahre erneut vorzunehmen ist.

Ich erkläre mich mit dem oben beschriebenen Verfahren einverstanden.

Außerdem versichere ich mit meiner Unterschrift ausdrücklich, dass die Schreckschuss-, Reizstoff- und Signalwaffe, die ich außerhalb meines befriedeten Besitztums mitführen möchte, das Zulassungszeichen PTB in einem Kreis tragen und demzufolge deren Erwerb und Besitz für Personen mit Vollendung des 18. Lebensjahres erlaubnisfrei ist.

Mir ist bekannt, dass solche Waffen ohne das erwähnte Zulassungszeichen uneingeschränkt erlaubnispflichtig sind und deren Erwerb und Besitz ohne Waffenbesitzkarte sowie deren Führen auch mit einem kleinen Waffenschein strafbar ist.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Sofern Sie telefonisch oder per Telefax zu erreichen sind, werden Sie gebeten, für Rückfragen Ihre Telefonnummer/Faxnummer anzugeben.

Vorwahl:

Rufnummer:

Faxnummer: