**Antrag auf Erteilung eines Waffenscheines   
zum Führen einer Schreckschuss-, Reizstoff-**

**oder Signalwaffe** (kleiner Waffenschein nach §10 Abs. 4 WaffG)

Der Oberbürgermeister **Nur von der Behörde auszufüllen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kleiner-WS Nr.:** |  | |
| **Gebührenbuch Nr.:** |  | |
| **EMA:** | Überprüft am: | |
| **BZR:** | ab am | erledigt |
| **ZStV:** | ab am | erledigt |
| **HLKA:** | ab am | erledigt |
| **LFV:** | ab am | erledigt |
| **ZOLL:** | ab am | erledigt |
| **BPOL:** | ab am | erledigt |
| **Antragsteller/in benachrichtigt am:** | |  |

Landeshauptstadt Wiesbaden

Ordnungsamt

- 310220 – Waffenrecht

Alcide-de-Gasperi-Straße 2

65197 Wiesbaden

**Angaben zur Person**

Name: Vorname(n):



Geburtsname: Akademischer Grad:



Geburtsdatum: Geburtsort/Staat: Staatsangehörigkeit:

\_\_\_\_**.**\_\_\_\_**.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geschlecht: E-Mail: Telefon/Handy:

männlich  weiblich 

Erlernter Beruf: Derzeitiger Beruf:



Hauptwohnsitz: (Straße, Hausnummer, PLZ Ort Landkreis) Nebenwohnsitz: (Straße, Hausnummer, PLZ Ort Landkreis)



Wohnungen in den letzten 5 Jahren: gewöhnlicher Aufenthalt in der BRD seit:

(Zeitraum von – bis, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Landkreis, Land)

  (Jahr oder Datum)

**Körperbehinderung?** Art der Behinderung:

Ja  Nein GdB:  

z.B. Schwere Sehbehinderung? Dioptrien links: Dioptrien rechts:

Ja  Nein  

Wurden Ihnen bereits waffenrechtliche Erlaubnisse ausgestellt?

(wenn ja: Ausstellungsbehörde und Jahr der erstmaligen Erteilung)

Ja  Nein 

Besitzen Sie bereits Schusswaffen oder Munition?

Ja  Nein

Welche Art von Waffen wollen Sie führen?





**Die beantragte Erlaubnis „Kleiner Waffenschein“ gilt nur für Schreckschuss-, Reizstoff- und Signalwaffen mit dem auf der Waffe eingeschlagenen Zulassungszeichen.**

**Hinweise zur Zuverlässigkeitsüberprüfung:**

Nach § 6 Waffengesetz (WaffG) ist vor der Erteilung einer Erlaubnis eine Überprüfung Ihrer persönlichen Eignung durchzuführen.

In diesem Zusammenhang wird beim zuständigen Gesundheitsamt angefragt, ob dort zu Ihrer Person Erkenntnisse über debile oder eine psychische Erkrankung oder Suchtkrankheiten vorliegen. Da das Gesundheitsamt aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht nicht befugt ist, Gesundheitsdaten weiterzugeben, werden Sie um Ihre Einwilligung gebeten.

Aus Gründen des Datenschutzes wird ein zweistufiges Verfahren durchgeführt. Das Gesundheitsamt antwortet auf die Anfrage der Waffenbehörde nur mit „ja, Erkenntnisse vorhanden“ oder „nein, keine Erkenntnisse vorhanden“. Nähere Erkenntnisse werden zunächst nicht mitgeteilt.

Liegen dem Gesundheitsamt Erkenntnisse vor, werden Sie hiervon durch die Waffenbehörde unterrichtet und von ihr um die erneute Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ersucht. Nach Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bittet die Waffenbehörde das Gesundheitsamt um Mitteilung von Erkenntnissen, Übersendung von einschlägigen Unterlagen oder um eine Begutachtung.

Hiermit erkläre ich mich mit dem oben beschriebenen Verfahren einverstanden.

## Wiesbaden, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Unterschrift des Antragstellers