

**ÄRZTLICHE BESCHENIGUNG ZUR BEANTRAGUNG / VERLÄNGERUNG
EINES BESITZERLAUBNISSCHEINS FÜR FEUERWAFFEN**

Der/Die Unterzeichnete Arzt/Ärztin

bescheinigt, dass Herr/Frau/Fräulein

Name:

Vorname:

geboren in, am

wohnhaft in

Straße: Nr.: Wohnort:

PLZ: Gemeinde:

über die körperlichen und geistigen Fähigkeiten verfügt, um mit einer Waffe umzugehen, ohne sich und/oder andere damit zu gefährden.

(Es handelt sich um eine Bescheinigung über die körperliche und geistige Eignung, die beispielsweise keinesfalls einer Person ausgestellt werden darf, deren Alkoholabhängigkeit, depressive Erkrankung oder Aggressivität dem Arzt bekannt sind.)

Diese Bescheinigung kann vom behandelnden Arzt ausgestellt werden.

Ausgestellt in am

(Unterschrift des Arztes)

Stempel
