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