

**Landratsamt  
Bad Tölz-Wolfratshausen  
Prof.-Max-Lange-Platz 1  
83646 Bad Tölz**

## Waffenrecht

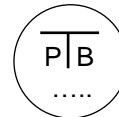
Öffentliche Sicherheit und Ordnung

Telefon: 08041 / 505 - 0

E-Mail: [waffenrecht@lra-toelz.de](mailto:waffenrecht@lra-toelz.de)

Anschrift: Prof.-Max-Lange-Platz 1  
83646 Bad Tölz

**Antrag auf Erteilung eines kleinen Waffenscheines**  
zum Führen von  
Schreckschuss-, Reizstoff-, und Signalwaffen mit dem Zulassungszeichen



### 1. Angaben zur Person:

Familienname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Vorname/n: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit/en: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur Zuverlässigkeit und persönlichen Eignung

Ich bin vorbestraft:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rechtskräftig verurteilt (nur Verurteilungen, deren Rechtskraft nicht länger als 5 Jahre zurückliegt). Wenn ja, wegen folgender Straftaten:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mitglied in einem Verein, der unanfechtbar verboten wurde oder der einem unanfechtbaren Betätigungsverbot unterliegt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mitglied in einer Partei, deren Verfassungswidrigkeit das Bundesverfassungsgericht festgestellt hat:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Innerhalb der letzten 5 Jahre mehr als einmal wegen Gewalttätigkeit mit richterlicher Genehmigung im polizeilichen Präventivgewahrsam gewesen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
In meiner Geschäftsfähigkeit beschränkt oder geschäftsunfähig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Abhängig von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychisch Krank oder debil:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich leide an Krankheiten, die sich negativ auf meine persönliche oder körperliche Eignung zum Besitz, Führen und Gebrauch von Schusswaffen und/oder Munition auswirken (z.B. schwere Sehschwäche, Nachblindheit, Farbuntüchtigkeit, Diabetes, schwere Herz-Kreislaufkrankung, Hirnverletzung, Anfallsleiden, Lähmungen, Geisteskrankheiten, Schwerhörigkeit oder Taubheit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### 3. Erklärung

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben und dass ich die Datenschutzhinweise zum Antrag gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Vom Landratsamt auszufüllen:

Zuverlässigkeit nachgewiesen (BZR/Polizei/Verfahrensregister ohne Treffer bzw. in Ordnung)

kleiner Waffenschein Nr.: \_\_\_\_\_  Erteilt am: \_\_\_\_\_

( Antrag zurückgenommen / versagt am: \_\_\_\_\_ )

Gebühr nach Kostenverordnung des Waffengesetzes:

Tarif-Stelle 16 – Ausstellung 100,00 €

Rechnung Nr.: \_\_\_\_\_

Kleiner Waffenschein (mit Belehrung und Merkblatt)

wurde ausgehändigt am: \_\_\_\_\_

postalisch versandt am: \_\_\_\_\_

Mitteilung an Gemeinde

Unterschrift Antragsteller: \_\_\_\_\_

Unterschrift Sachbearbeitung: \_\_\_\_\_