

**Frau Habrom**  
 Zimmer Nr. 030  
 Tel. 0711 / 58 51-200  
 Fax 0711 / 58 51-152  
 ordnungsamt@fellbach.de

### Anzeige über:

- die Inbesitznahme von Waffen oder Munition gem. § 37 Abs. 1 WaffG
- die Eintragung von einer Munitionserwerbsberechtigung
- das Überlassen einer erlaubnispflichtigen Schusswaffe nach § 34 Abs. 2 S. 2 WaffG

Angaben zur Person:						
Familiename, ggf. Geburtsname			Vorname(n)			
Geburtsdatum u. -ort (Gemeinde, Kreis, Land)			Telefon, Email (freiwillige Angaben)			
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße)						
Anschrift/en der Nebenwohnungen						
Bei minderjährigen Antragstellern (Name, Vorname der antragstellenden Person bzw. ihrer Sorgeberechtigten)						
Jagdschein						
ausgestellt auf die vorgenannte Person						
Seriennummer		ausstellende Behörde		gültig bis		
Waffenbesitzkarte						
ausgestellt auf die vorgenannte Person, in der nachstehende Schusswaffe/n eingetragen ist/sind						
Seriennummer		ausstellende Behörde		Ausstellungsdatum		
Erworbene bzw. überlassene Schusswaffen						
lfd. Nr.:	Art der Schusswaffe (z.B. Pistole, Revolver, Zimmerstutzen)	EL, SL, ML.R*	Bez. Kaliber	Hersteller oder Marke	Herst.-Nummer	Datum d. Erwerbs/Überlassens
Erworben von / überlassen an (Name, Vorname, Anschrift mit Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)						
<input type="checkbox"/> im Wege der Erbfolge <input type="checkbox"/> durch Fund <input type="checkbox"/> Insolvenz o.ä. <input type="checkbox"/> durch Verkauf <input type="checkbox"/> Kauf						
Der Nachweis der Erbfolge wird erbracht durch eine beigelegte Kopie des Erbscheins bzw. des Testaments zusammen mit der Eröffnungsniederschrift des Nachlassgerichtes.						
Die Waffen werden wie folgt aufbewahrt						
Angabe (Bezeichnung und Dauer) von vorhandenen bzw. vergangenen körperlichen geistigen Mängeln, z.B. schwere Formen von Sehschwäche (-Angaben der Dioptrien, links, rechts-) Nachtblindheit, Farbuntüchtigkeit, Einäugigkeit, Schwerhörigkeit, Taubheit, Lähmungen, Anfallsleiden, Diabetes, Hirnverletzung, Amputation, schwere Herz- und Kreislauferkrankungen, Debilität, psychische Erkrankungen, Alkohol-, Arznei- oder Drogenmissbrauch.						
<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> folgende				

# Amt für öffentliche Ordnung



**Meine Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit**

Anlagen

Datum, Unterschrift der antragstellenden Person

\* EL = Einzellader; SL = Selbstlader; ML = Mehrlader; R = Repetierer