

Landratsamt Sigmaringen  
Fachbereich Recht und Ordnung  
Postfach 14 62  
72488 Sigmaringen

### Antrag auf

Erteilung

Verlängerung

eines Europäischen Feuerwaffenpasses  
gemäß § 32 Abs. 6 Waffengesetz (WaffG)

Antrag auf Ergänzung eines Europäischen  
Feuerwaffenpasses

#### Anlage

1 Lichtbild neueren Datums - 45 mm x 35 mm Hochformat  
(nur bei Erteilung)

Europ. Feuerwaffenpass (nur bei Verlängerung oder Eintragung)

### Personalien des Antragstellers / der Antragstellerin

<b>Name, alle Vornamen ggf. Geburtsname</b>		
<b>Geburtsdatum / Geburtsort</b>		
<b>Anschrift (Hauptwohnsitz)</b>		
<b>Wohnungen in den letzten 5 Jahren</b>	Anschrift	wohnhaft von – bis
<b>Staatsangehörigkeit</b>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> ..... (sonstige)	
<b>Telefon / Fax / eMail</b>		

### Jagdschein

Besitzen Sie einen Jagdschein?

ja

nein

<b>Nr. des Jagdscheins</b>	
<b>Ausstellungsbehörde</b>	
<b>Ausstellungsdatum</b>	
<b>Ablauf Gültigkeit</b>	

### Waffenbesitzkarte

Besitzen Sie eine Waffenbesitzkarte?

ja

nein

<b>Nr. der WBK</b>	<b>Ausstellungsbehörde</b>	<b>Ausstellungsdatum</b>

**Bitte Rückseite beachten! ⇨**

**Einzutragende Schusswaffen**

Für welche Zwecke wird/werden die Waffe/n benötigt?

 Jagd Sport

lfd. Nr.	Bezeichnung der Schusswaffe	Kaliber	Hersteller	Herst.-Nr.	Kategorie
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

**Folgende Munition soll eingetragen werden:**

Art	Kaliber	Menge

**Hinweis:**

Der Europäische Feuerwaffenpass wird auf Antrag erteilt, sofern der Antragsteller für die erlaubnispflichtigen Schusswaffen, die in den Europäischen Feuerwaffenpass eingetragen werden sollen, eine waffenrechtliche Erlaubnis besitzt. Seine Geltungsdauer beträgt fünf Jahre; soweit bei Jägern und Sportschützen in ihm nur Einzelladerlangwaffen mit glatten Läufen eingetragen sind, beträgt sie zehn Jahre.

**Gesundheitliche Beeinträchtigungen (körperlich/geistig)**

(z. B. nicht ausreichende Sehfähigkeit, Schwerhörigkeit, Taubheit, Hirnverletzungen, Anfallsleiden, Amputationen, Lähmungen, Drogen- o. Alkoholabhängigkeit, Debilität, psychische Krankheiten, sonstige die Geschäftsfähigkeit einschränkende Krankheiten, usw.) habe ich bzw. hatte ich

 folgende keine

.....  
 .....

**Die Angaben sind vollständig und richtig.**

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------