

## Ärztliche Bescheinigung nach §27 Abs. 4 WaffG

zum Schießen mit Druckluft-, Federdruckwaffen und Waffen,  
bei denen um Antrieb der Geschosse kalte Treibgase  
verwendet werden (Druckluft-, Federdruck- und CO2-Waffen).

### Tauglichkeitsuntersuchung für:

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum, Geburtsort

---

Straße, Hausnummer, PLZ und Ort

1. Lungen-, Herz-, Kreislauforgane unauffällig?

Ja             Nein            Anmerkung: \_\_\_\_\_

2. Halte- und Bewegungsapparat unauffällig?

Ja             Nein            Anmerkung: \_\_\_\_\_

3. Andere Krankheiten, die eine Sportuntauglichkeit bedingen?

Ja             Nein            Anmerkung: \_\_\_\_\_

4. Nachuntersuchung erforderlich?

am: \_\_\_\_\_  Nein            Anmerkung: \_\_\_\_\_

5. Schießsporttauglichkeit?

Ja             Nein            Anmerkung: \_\_\_\_\_

6. Geistige Eignung?

Ja             Nein            Anmerkung: \_\_\_\_\_

Er / Sie ist gesund und schießsporttauglich.

Er / Sie besitzt die für den Umgang mit den o.g. Sportgeräten erforderliche Besonnenheit und körperliche Reife, wie sie von Kindern / Jugendlichen erwartet wird, um verantwortlich mit diesen umgehen zu können.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

---

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift