

# Ärztliche Bescheinigung

zur Beantragung einer Helmbefreiung.

Aufgrund des Untersuchungsergebnisses wird bescheinigt, dass

Herr       Frau

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

von der Pflicht zum Tragen eines Schutzhelmes befreit werden muss, weil nach Abwägung aller Gründe aus ärztlicher Sicht die Gefahren, die sich beim Tragen eines Schutzhelmes ergeben können, schwerer sind als die Gefahren, die bei einem Verkehrsunfall ohne den Schutz des Helmes eintreten.

Es handelt sich um einen

vorübergehenden Zustand, voraussichtlich bis \_\_\_\_\_

dauernden und nicht besserungsfähigen Zustand.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes