

## Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund des Untersuchungsergebnis wird bestätigt, dass

Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Name	Vorname
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Straße; Hausnummer	PLZ; Wohnort

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

einen vorübergehenden Zustand voraussichtlich bis

einen dauernden und nicht besserungsfähigen Zustand

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

Stempel und Unterschrift des Arztes
-------------------------------------