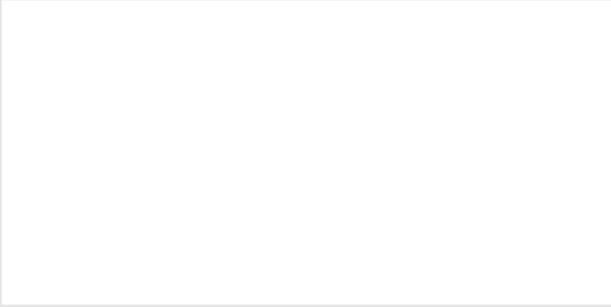


|                  |
|------------------|
| Eingangsvermerke |
|------------------|



## Antrag

- auf Befreiung vom Anlegen des Sicherheitsgurtes
- auf Befreiung vom Tragen des Schutzhelmes gemäß § 46 Abs. 1 Nr. 5 b Straßenverkehrsordnung (StVO)

### Antragsteller / Antragstellerin

|   |               |              |
|---|---------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau | Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)                  |               |              |

beantragt  die Befreiung vom Anlegen des Sicherheitsgurtes:

- aus gesundheitlichen Gründen
- weil die Körpergröße weniger als 150 cm beträgt
- weil bei Körpergrößen über 150 cm infolge der Anbringungshöhe der Gurtverankerungen der Schutzzweck der angelegten Sicherheitsgurte nicht erreicht werden kann.

die Befreiung vom Tragen eines Schutzhelmes:

- aus gesundheitlichen Gründen
- andere Gründe

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

|   |
|---|
| Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin |
|---|

## Ärztliche Bescheinigung

Auf Grund des Untersuchungsergebnisses wird bescheinigt, dass

|   |               |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau | Name, Vorname |
| Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)                  |               |

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

- Es handelt sich
- um einen vorübergehenden Zustand voraussichtlich bis
  - um einen dauernden Zustand.

|       |
|-------|
| Datum |
|-------|

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

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