

Adresskopf Attest ausstellende*r Ärzt*in

Ort, Datum

Ärztliches Attest für eine Befreiung von der Maskenpflicht gemäß 5. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung

Hiermit wird ärztlich bestätigt, dass Herr/Frau Name und SV-Nummer der betroffenen Person gemäß der 5. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung

- das Tragen einer FFP2-Maske ohne Ausatemventil oder einer Maske mit mindestens gleichwertig genormtem Standard aus gesundheitlichen Gründen nicht zugemutet werden kann. Eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und enganliegende mechanische Schutzvorrichtung (MNS) kann getragen werden.
- das Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden und enganliegenden mechanischen Schutzvorrichtung (MNS) aus gesundheitlichen Gründen nicht zugemutet werden kann. Eine nicht enganliegende, aber den Mund- und Nasenbereich vollständig abdeckende mechanische Schutzvorrichtung (zB Face-Shield) kann getragen werden.
- das Tragen einer nicht eng anliegenden, aber den Mund- und Nasenbereich vollständig abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung (zB Face-Shield) aus gesundheitlichen Gründen nicht zugemutet werden kann, wodurch die Verpflichtung zum Tragen einer jeglichen, den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung entfällt.

Unterschrift/Stempel behandelnde*r Ärzt*in