Adresskopf Attest ausstellende\*r Ärzt\*in

Ort, Datum

**Ärztliches Attest für Befreiung MNS gemäß COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung**

Hiermit wird ärztlich bestätigt, dass Herrn/Frau *Name und SV-Nummer der betroffenen Person*

🞎 das Tragen einer Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine Maske mit mindestens gleichwertig genormtem Standard aus gesundheitlichen Gründen nicht zugemutet werden kann. Eine sonstige den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung kann getragen werden.

🞎 das Tragen einer Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine Maske mit mindestens gleichwertig genormtem Standard sowie das Tragen einer sonstigen den Mund- und Nasenbereich abdeckenden und eng anliegenden mechanische Schutzvorrichtung aus gesundheitlichen Gründen nicht zugemutet werden kann. Eine sonstige nicht eng anliegende, aber den Mund- und Nasenbereich vollständig abdeckende mechanische Schutzvorrichtung kann getragen werden. Eine vollständige Abdeckung liegt vor, wenn die nicht eng anliegende Schutzvorrichtung bis zu den Ohren und deutlich unter das Kinn reicht

🞎 das Tragen einer Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine Maske mit mindestens gleichwertig genormtem Standard sowie das Tragen einer sonstigen den Mund- und Nasenbereich abdeckenden und eng anliegenden mechanische Schutzvorrichtung sowie das Tragen einer sonstigen nicht eng anliegenden, aber den Mund- und Nasenbereich vollständig abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung aus gesundheitlichen Gründen nicht zugemutet werden kann. Die Verpflichtung zum Tragen einer jeglichen den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung entfällt.

Unterschrift/Stempel behandelnde\*r Ärzt\*in