Adresskopf ausstellende/r Ärztin/Arzt

Ort, Datum

**Attest gemäß § 11 Abs. 3 COVID-19-Lockerungsverordnung,**

**Ausnahme vom Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung**

Hiermit wird ärztlich bestätigt, dass Herr/Frau Name der betroffenen Person aufgrund der individuellen gesundheitlichen Situation aus gesundheitlichen Gründen das Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung nicht zugemutet werden kann.

Unterschrift/Stempel behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hinweis:

Es wird darauf hingewiesen, dass die im vorliegenden Attest vorgenommene ärztliche Feststellung anhand der Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend Lockerungen der Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Verbreitung von COVID-19 ergriffen wurden (COVID-19-Lockerungsverordnung – COVID-19-LV) vorgenommen wurde.