

Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung

Hiermit bestätige ich:

Arztname & Arztstempel

dass es für Patient/Patientin

Vorname, Nachname, Geburtsdatum

aus medizinischen Gründen unmöglich oder unzumutbar ist, eine nicht-medizinische Alltagsmaske oder eine vergleichbare Mund-Nasen-Bedeckung im Sinne der Corona-Verordnung des Landes Baden-Württemberg zu tragen.

ggf. weitere Angaben

Datum

Unterschrift des Arztes