

ÄRZTLICHES ATTEST
ZUR BEFREIUNG VON DER MASKENPFLICHT
ZUR VORLAGE AN DER PHILIPPS-UNIVERSITÄT MARBURG

Herr / Frau _____ geboren am ___/___/_____ in _____

wohnhaft in _____
(PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)

Ist aus medizinischen Gründen nicht in der Lage, eine Mund-Nase-Bedeckung im Rahmen universitärer Veranstaltungen zu tragen.

Die Erkrankung / Verletzung erstreckt sich voraussichtlich

vom ___/___/_____ bis ___/___/_____

Das Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung ist meiner/m Patient/in voraussichtlich

vom ___/___/_____ bis ___/___/_____

- eingeschränkt möglich in einem zeitlichen Umfang von max. _____ Stunden pro Tag
- gar nicht möglich

und bezieht sich auf:

- Mund-Nase-Bedeckung (MNB) – Stoffmaske
- Medizinische Mund-Nase-Bedeckung – OP-Maske
- FFP 2 / FFP 3 – Maske

Das Tragen alternativer Schutzausrüstung (z.B. Face-Shield) ist

- möglich

Alternativen: _____

- nicht möglich.

Ausführliche medizinische Begründung für die Befreiung von der Maskenpflicht:

Ort, Datum

Unterschrift*

Praxisstempel*

*Atteste nur im Original mit Unterschrift und Stempel einreichen