

# Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung

Hiermit bestätige ich:

---

Arztname & Arztstempel

dass es für Patient/Patientin

---

Vorname, Nachname, Geburtsdatum

aus medizinischen Gründen unzumutbar ist, eine nicht-medizinische Alltagsmaske oder eine vergleichbare Mund-Nasen-Bedeckung im Sinne der SARS-CoV-2-Eindämmungsmaßnahmenverordnung des Landes Berlin zu tragen.

---

Datum

---

Unterschrift des Arztes