

ÄRZTLICHES ATTEST

– FÜR DIE BEFREIUNG VON DER MASKENPFLICHT –

Hiermit bestätige ich,

Arzt: Name in Blockschrift und Arztstempel

dass es für die ausgewiesene Person

Vorname, Name Geburtsdatum

aus medizinischen Gründen unzumutbar ist, die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung zu erfüllen. Daher ist die genannte Person vom Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung (Medizinische Maske, Community Maske) befreit. Eine Flugtauglichkeit liegt vor.

Die Befreiung von der Maskenpflicht kann nur erfolgen, wenn zusammen mit diesem Dokument ein negativer COVID-19 Test (PCR-Test) vorgelegt wird, dessen Ergebnis jeweils vor Antritt des Hin- und Rückfluges nicht älter als 48 Stunden ist.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt