



Eigenerklärung zum Anspruch auf den Bezug von FFP2 Masken

Hiermit erkläre ich, dass ich zum anspruchsberechtigten Personenkreis nach §1 der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung (SchutzmV) zähle, weil

ich **älter als 60** Jahre bin, Geburtsjahr _____
nachgewiesen durch Personalausweis, Reisepass, Führerschein,
Krankenversichertenkarte o.ä. Identitätsdokument

Oder: ich zu einer anspruchsberechtigten Risikogruppe gehöre und mich deshalb in dauernder ärztlicher Behandlung befinde wegen chronisch obstruktiver Lungenerkrankung oder Asthma bronchiale, chronischer Herz- oder Niereninsuffizienz, Zerebrovaskulärer Erkrankung, insbesondere Schlaganfall, Diabetes mellitus Typ 2, aktiver, fortschreitender oder metastasierter Krebserkrankungen oder stattfindender oder bevorstehender Therapie, welche die Immunabwehr beeinträchtigen kann, stattgefundenener Organ- oder Stammzellentransplantation oder Risikoschwangerschaft

Ich erkläre weiterhin, dass ich die mir zustehenden Schutzmasken **nicht bereits zu einem anderen Zeitpunkt oder von einer anderen Apotheke bezogen habe**

Name

Datum

Unterschrift