

Eigenerklärung zum Anspruch auf den Bezug von 3 kostenlosen 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
1. chronisch obstruktiver Lungenerkrankung oder Asthma bronchiale,
 2. chronischer Herz- oder Niereninsuffizienz,
 3. Zerebrovaskulärer Erkrankung, insbesondere Schlaganfall,
 4. Diabetes mellitus Typ 2,
 5. aktiver, fortschreitender oder metastasierter Krebserkrankungen oder stattfindender oder bevorstehender Therapie, welche die Immunabwehr beeinträchtigen kann,
 6. 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 in Klarschrift)

(Datum)

*Frühestens ab 15.12.2020
bis spätestens 31.12.2020*

(Unterschrift)



www.pillenbringer.de