

## SELBSTAUSKUNFT ZUR ABGABE KOSTENLOSER FFP2 MASKEN

gemäß der Verordnung zum Anspruch auf Schutzmasken zur  
Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2  
(Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung –SchutzmV)

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Ich bin zum einmaligen Empfang von 3 kostenlosen FFP2 Masken  
im Zeitraum vom 15.12.- 31.12.2020 berechtigt, weil:**

- ich zur Personengruppe der über 60-jährigen gehöre
- ich zu mindestens einer der folgenden Risikogruppe gehöre  
(COPD, Herzinsuffizienz, Diabetiker, Asthma, Niereninsuffizienz,  
Schlaganfall, Krebserkrankungen, Immunsupprimierende Therapien,  
Organtransplantation, Stammzelltransplantation, Risikoschwangerschaft)

**Bitte halten Sie bei der Abholung zusätzlich zu  
diesem Dokument ihren Personalausweis bereit.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift