

ÄRZTLICHES ATTEST
(lt. COVID-19-LV §11 Abs.3
197.Verordnung vom 30.04.2020)

Dieses Attest gilt für:

Name: XXXXXX

geb.: XXXXX

Anschrift: XXXXX

Hiermit bestätige ich, dass das Tragen von einer den Mund-und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung für die oben genannte Person aus gesundheitlichen Gründen kontraindiziert, wissenschaftlich belegbar gesundheitsschädlich und im Sinne der Psychohygiene traumatisierend und damit unzumutbar ist.

Herzliche Grüße

15.05.2020 Bad Aussee

Ort / Datum

Arztstempel und Unterschrift