

Ärztliches Attest zur Befreiung von der Maskenpflicht

(zur Vorlage beim zuständigen Prüfungsausschuss an der Hochschule RheinMain)

Nachname:	Vorname:
Matrikelnummer:	E-Mail:
Studiengang:	PO-Version:

Die genannte Person ist aus medizinischen Gründen nicht in der Lage, eine Mund-Nase-Bedeckung im Rahmen von Veranstaltungen der Hochschule RheinMain zu tragen.

Die Erkrankung / Verletzung erstreckt sich voraussichtlich

vom ___/___/_____ bis ___/___/_____

Das Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung ist meiner/m Patient/in voraussichtlich

vom ___/___/_____ bis ___/___/_____

- eingeschränkt möglich in einem zeitlichen Umfang von max. _____ Stunden pro Tag
 gar nicht möglich

und bezieht sich auf:

- Mund-Nase-Bedeckung (MNB) – Stoffmaske
 Medizinische Mund-Nase-Bedeckung – OP-Maske
 FFP 2 / FFP 3 – Maske

Das Tragen alternativer Schutzausrüstung (z.B. Face-Shield) ist

möglich

Alternativen: _____

nicht möglich.

Ausführliche medizinische Begründung für die Befreiung von der Maskenpflicht:

Ort, Datum

Unterschrift*

Praxisstempel*

*Atteste nur im Original mit Unterschrift und Stempel einreichen