

**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