

ATTEST:

# Tragen einer FFP2-Maske

Hiermit bestätige ich,

---

Name des Arztes in Blockschrift / gut lesbarer Arztstempel

dass es für

---

Vorname, Name

---

Geburtsdatum

aus medizinischen Gründen unzumutbar ist, eine FFP2-Maske zu tragen. Die Flugreisetauglichkeit ist gegeben.

**Dieses Dokument ist nur gültig mit einem negativen COVID-19 Test (PCR-Test). Das Datum der Ausstellung des Testergebnisses darf vor dem jeweiligen Reiseantritt des Hin- und Rückfluges nicht mehr als 48 Stunden zurückliegen.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Arztes