

Selbsterklärung

Hiermit bestätige ich, daß ich aufgrund
meines Alters oder einer der aufgeführten
Risikofaktoren (siehe Rückseite) Anspruch auf 3 kostenlose
FFP2-Masken nach der „Maskenschutzverordnung“ vom
15.12.2020 habe.

Ich versichere mit meiner Unterschrift, daß meine Angaben
stimmen und ich die mir im Dezember zustehenden 3 Masken
ausschließlich von der Linden- bzw. Franziskus-Apotheke,
Olpe erhalten habe.

Angaben des Anspruchsberechtigten:

Name _____

Straße _____ Geb.Datum _____

PLZ, Stadt _____

Datum, Unterschrift

Erkrankungen bzw. Risikofaktoren, die zum Bezug von drei kostenlosen FFP2-Masken nach Maskenschutzverordnung vom Dezember 2020 unabhängig vom Alter berechtigen:

- chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Asthma bronchiale,
- chronische Herzinsuffizienz,
- chronische Niereninsuffizienz,
- zerebrovaskuläre Erkrankung, insbesondere Schlaganfall,
- Diabetes mellitus Typ 2,
- aktive, fortschreitende oder metastasierte Krebserkrankungen oder stattfindende oder bevorstehende Therapie, welche die Immunabwehr beeinträchtigen kann,
- stattgefundenene Organ- oder Stammzellentransplantation,
- Risikoschwangerschaft.