

## Kostenlose Abgabe von FFP2-Masken

1. Hiermit bestätige ich, dass ich das **60. Lebensjahr** vollendet habe (bitte Personalausweis vorlegen) und/oder
  
2. Bei mir eine der folgenden **Erkrankungen** oder **Risikofaktoren** vorliegen:
  - Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung oder Asthma bronchiale
  - Chronische Herzinsuffizienz
  - Chronische Niereninsuffizienz
  - Zerebrovaskuläre Erkrankung (insbesondere Schlaganfall)
  - Diabetes mellitus
  - Aktive Krebserkrankung oder stattfindende bzw. bevorstehende Therapie, welche die Immunabwehr beeinträchtigen können
  - Stattgefundene Organ- oder Stammzelltransplantation
  - Risikoschwangerschaft
  -

---

(bitte ankreuzen)

Hiermit bestätige ich, dass meine personenbezogenen Daten ausschließlich zur Speicherung und Verarbeitung für die aktuelle Verteilaktion genutzt werden können. Ich nehme zur Kenntnis, dass mit Ablauf der Aktion meine Daten wieder vollständig gelöscht werden.

---

Vor- und Nachname

---

Adresse

---

Datum, Unterschrift

seit 1702  
**MOHREN-APOTHEKE**  
Ihre Apotheke am Markt

