

## Anspruchsberechtigungs- und Einwilligungserklärung für den kostenlosen Bezug von einmalig drei Corona-Schutzmasken in der Zeit vom 15.12.2020-06.01.2020

Nach § 4 Abs. 1 der Verordnung zum Anspruch auf Schutzmasken zur Vermeidung von Infektionen mit dem Coronavirus erfolgt die kostenlose Abgabe der Masken durch Apotheken. Die Apotheken müssen die Anspruchsberechtigung gegen Vorlage des Personalausweises und der nachvollziehbaren Darlegung der Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe durch Eigenauskunft des Anspruchsberechtigten prüfen. Bitte bringen Sie diese Erklärung zur Apotheke mit. Ohne Erklärung erfolgt keine Abgabe.

Hiermit erkläre ich, der Unterzeichnende

Nachname, Vorname:

-----

Straße:

-----

PLZ, Ort:

-----

Geburtsdatum:

-----

**Augustin  
Wibbelt  
Apotheke**  
 Iris Wiesendahl  
 Hauptstraße 68  
 59227 Ahlen  
 Telefon 02528-950180  
 Telefax 02528-950181

dass ich als Angehöriger einer Risikogruppe aus den nachfolgend aufgeführten Gründen einen Anspruch auf den Bezug von drei Schutzmasken habe. Ich bin damit einverstanden, dass die **Augustin-Wibbelt-Apotheke, Hauptstr. 68, 59227 Ahlen-Vorhelm** die für den Nachweis meiner Bezugsberechtigung erforderlichen persönlichen Angaben und Gesundheitsdaten erfasst und ausschließlich für diesen Zweck speichert.

Ich erkläre, dass ich noch keine Maske erhalten habe und zu einer der folgenden Risikogruppen gehöre:

|                          |                                                                                                      |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ich bin über 60 Jahre alt und habe meinen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland                 |
| <input type="checkbox"/> | Oder: (nur bei Antragstellern unter 60 Jahren)<br>Bei mir liegt eine der folgenden Erkrankungen vor: |
|                          | chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (Asthma/COPD)                                                 |
|                          | chronische Herzinsuffizienz oder Niereninsuffizienz                                                  |
|                          | Zerebrovaskuläre Erkrankung, insbesondere Schlaganfall                                               |
|                          | Diabetes mellitus Typ 2                                                                              |
|                          | Krebserkrankungen (aktiv, fortschreitend oder metastasiert)                                          |
|                          | stattgefundene Organ- oder Stammzellentransplantation                                                |
|                          | Frauen mit Risikoschwangerschaft                                                                     |
|                          |                                                                                                      |

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Kunden

Diese Erklärung verbleibt in der Apotheke. Der Unterzeichner erhält auf Wunsch eine Kopie. Der Text der o.g. Schutzmasken-Verordnung ist einsehbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/C/Coronavirus/Verordnungen/SchutzmaskenVO\\_RefE.PD](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Verordnungen/SchutzmaskenVO_RefE.PD)