Adresskopf Bestätigung ausstellende\*r Ärzt\*in

Ort, Datum

**Ärztliche Bestätigung für Betreuungspflichten während der Ausgangsbeschränkung**

Hiermit wird ärztlich bestätigt, dass Herr/Frau *Name und SV-Nummer der betroffenen Person* pflegebedürftige Eltern und Betreuungspflichten diesen gegenüber hat. Die Wahrnehmung dieser Betreuungspflichten stellt gemäß § 2 Abs. 1 COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung einen Ausnahmegrund zu den geltenden Ausgangsbeschränkungen dar.

Unterschrift/Stempel behandelnde\*r Ärzt\*in