

**Vollmacht für die Entgegennahme von Schutzmasken aus meiner Apotheke**  
nach § 4 Satz 4 der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung (SchutzmV)

Hiermit beauftrage ich, der/die Anspruchsberechtigte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Name/Vorname), geboren am \_\_\_\_\_ (Geburtsdatum)

Herrn/Frau \_\_\_\_\_ (Name/Vorname)

die mir durch die SchutzmV zustehenden Schutzmasken (s. Auswahl unten) abzuholen. Das Abholdatum fällt in den nachfolgend angegebenen Anspruchszeitraum.

**Anspruchszeitraum I** (15.12.2020 bis 06.01.2021) → **3 Schutzmasken:** Im Rahmen des Anspruchszeitraum I bestätige ich ...

- ..., dass ich das 60. Lebensjahr vollendet habe. Die bevollmächtigte Person führt hierfür meinen Personalausweis mit und legt diesen in der Apotheke vor.
- ..., dass ich einer der Risikogruppen\* nach § 1 Abs.1 Satz 2 SchutzmV angehöre.
- Ich bin in der Apotheke bekannt (Krankheitsverlauf bekannt)
- Ich gehöre der nachfolgenden Risikogruppe an:

\_\_\_\_\_ (Angabe freiwillig)

**Anspruchszeitraum II** (01.01.2021 bis 28.02.2021) → **6 Schutzmasken:** Für diesen Anspruchszeitraum übergibt die o.g. bevollmächtigte Person den mir durch meine Krankenversicherung zugestellten Berechtigungsschein (Coupon) der Apotheke.

**Anspruchszeitraum III 1** (06.02.2021 bis 15.04.2021) → **6 Schutzmasken:** Für diesen Anspruchszeitraum übergibt die o.g. bevollmächtigte Person den mir durch meine Krankenversicherung zugestellten Berechtigungsschein (Coupon) der Apotheke.

**Bestätigung zum Empfang:** Wir (anspruchsberechtigte und bevollmächtigte Person) versichern, dass wir die oben ausgewählte, gesetzliche Leistung durch keiner anderen Abgabestelle in Anspruch genommen haben. Zudem bestätigt die bevollmächtigte Person, dass sie zum Einsatz und Umgang mit einer Schutzmaske durch das Apothekenpersonal beraten wurde und diese Information an die anspruchsberechtigte Person weitergibt (Gebrauchsinformation beachten).

**Mir wurden insgesamt** \_\_\_\_\_ (Anzahl) \_\_\_\_\_ (Qualität z.B. FFP2) **Schutzmasken ausgehändigt.**

**Datenschutzhinweis:** Die mit dieser Vollmacht erhobenen Daten werden durch Ihre Apotheke lediglich zu Abrechnungszwecken verarbeitet und gespeichert. Eine Kopie dieser Bescheinigung kann auf Wunsch ausgehändigt werden. Das Original wird in der Apotheke bis zum 31.12.2024 archiviert und nach dieser Frist vernichtet (§7 Abs. 2 SchutzmV). Ihre Rechte nach EU-DSGVO bleiben hiervon unberührt.

**\*Hinweis zu Risikogruppen (§ 1 SchutzmV):** Zu einer Risikogruppe gehören anspruchsberechtigte Personen, bei denen einer der folgenden Erkrankungen oder Risikofaktoren vorliegt: a) chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Asthma bronchiale, b) chronische Herzinsuffizienz, c) chronische Niereninsuffizienz Stadium ≥ 4, d) Demenz oder Schlaganfall, e) Diabetes mellitus Typ 2, f) aktive, fortschreitende oder metastasierte Krebserkrankung oder stattfindende Chemo- oder Radiotherapie, welche die Immunabwehr beeinträchtigen kann, g) stattgefundenene Organ- oder Stammzellentransplantation, h) Trisomie 21, i) Risikoschwangerschaft.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift - anspruchsberechtigte Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift - bevollmächtigte Person

**Abgabe am**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift - abgebende Person (Apotheke)

\_\_\_\_\_  
Stempel (Apotheke)