



## Anleitung zum Formular „Versicherung an Eides Statt“

Nutzen Sie das Formular für Ihr Bundesland.

Wenn **Sie trotz ärztlichem Attest** oder Glaubhaftmachung, daß Sie wegen gesundheitlicher Einschränkung nicht in der Lage sind, eine Mund- und Nasenbedeckung zu tragen, am Betreten eines Ladens gehindert werden, können Sie der Sie nötigen Person die Versicherung an Eides Statt zum Ausfüllen vorlegen. Seien Sie bestimmt, keineswegs rechtfertigend, nicht nötigend, höflich, souverän, nicht entehrend. Verhalten Sie sich der Situation angemessen und berufen Sie sich nur auf souveräne geltende Gesetze.

Weigert sich diese Person, die Versicherung auszufüllen und zu unterschreiben, so füllen Sie die untere Hälfte der ersten Seite zur Ihrer Person und die zweite Seite zur Filiale/Firma, zur Sie nötigen Person und zum Tathergang aus.

Anschließend senden Sie das ausgefüllte Formular per ePost an den Reichsverband Deutscher Recht-Konsulenten: [zentrale@rdrk.de](mailto:zentrale@rdrk.de)

Wenn Sie **Geschäftsinhaber** und/oder deren Angestellten auf die rechtliche Situation aufmerksam machen wollen, geben sie ihnen folgendes an die Hand:

Die Geschäftsinhaber und deren Angestellte handeln eigenverantwortlich in der Umsetzung der Corona-Schutzverordnung des entsprechenden Bundeslandes.

In den Corona-Schutzverordnungen aller 16 Bundesländer ist schriftlich vermerkt, daß das Tragen einer Maske eine Empfehlung darstellt, auf die Menschen mit Behinderungen und gesundheitlichen Einschränkungen verzichten können.

Daher kann der Inhaber auch zum Wohle seiner Kunden von seinem Hausrecht Gebrauch machen und den Kunden ohne Maske, insofern sie ein entsprechendes ärztliches Attest vorlegen können, ihren alltäglichen Einkauf weiterhin gewähren.

## **Erläuterung zu den aufgeführten Paragraphen:**

Gemäß § 240 des Strafgesetzbuches des Deutschen Reiches ist ein Maskenzwang eine Nötigung.

### **§. 240.**

Wer einen Anderen widerrechtlich durch Gewalt oder durch Bedrohung mit einem Verbrechen oder Vergehen zu einer Handlung, Duldung oder Unterlassung nöthigt, wird mit Gefängniß bis zu Einem Jahre oder mit Geldstrafe bis zu sechshundert Mark bestraft.

Der Versuch ist strafbar.

Gemäß § 823 des zweiten Bürgerlichen Gesetzbuches des Deutschen Reiches ist der Zwang für Maskentragen zumindest fahrlässige Körper- und Gesundheitsverletzung.

### **§ 823.**

Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigenthum oder ein sonstiges Recht eines Anderen widerrechtlich verletzt, ist dem Anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines Anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalte des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

# Versicherung an Eides Statt

# für Thüringen

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- § 6 Abs. 3 Satz 2 (TMSG vom 31.10.2020) (Personen, denen die Verwendung einer Mund-Nasen-Bedeckung wegen Behinderung oder aus gesundheitlichen oder anderen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist; dies ist in geeigneter Weise glaubhaft zu machen)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---

# Versicherung an Eides Statt

# für Schleswig-Holstein

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- § 2 Abs. 5 (Ersatzverkündung (§ 60 Abs. 3 Satz 1 LVwG) der Landesverordnung zur Bekämpfung des Coronavirus SARS-CoV-2 vom 31.10.2020) (...und Personen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen können und dies glaubhaft machen können.)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---

# Versicherung an Eides Statt

# für Sachsen-Anhalt

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- § 1 Abs. 2 Satz 3 (SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 31.10.2020) (Personen, denen die Verwendung einer Mund-Nasen-Bedeckung wegen einer Behinderung, einer Schwangerschaft oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist; dies ist in geeigneter Weise (z.B. durch plausible mündliche Erklärung, Schwerbehindertenausweis, ärztliche Bescheinigung) glaubhaft zumachen.)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---

# Versicherung an Eides Statt

# für Sachsen

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- über § 2 Abs. 1 Satz 4 SächsCoronaSchVO (Menschen mit Behinderung und solche mit gesundheitlichen Einschränkungen können, sofern sie nicht dazu in der Lage sind, auf das Tragen der Mund-Nasenbedeckung verzichten.)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum, Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon, E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum, Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon, E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

# Versicherung an Eides Statt

# für Saarland

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- § 2 Abs. 2 (Verordnung zur Änderung infektionsrechtlicher Verordnungen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie vom 30. Oktober 2020) (Sofern gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen, haben folgende Personengruppen eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen...)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---

# Versicherung an Eides Statt

für RLP

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- § 1 Abs. 4 Satz 2 (12. CoBeLVO vom 0. Oktober 2020) (Personen, denen dies wegen einer Behinderung oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist; dies ist durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen,)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---



# Versicherung an Eides Statt

für NRW

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- § 3 Abs. 4 Satz 4 CoronaSchVO (Personen, die aus medizinischen Gründen keine Alltagsmaske tragen können..)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---

# Versicherung an Eides Statt

# für Niedersachsen

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- § 3 Abs. 6 Niedersächsische Corona-Verordnung (Personen, für die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung oder einer Vorerkrankung, zum Beispiel einer schweren Herz-oder Lungenerkrankung, das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung nicht zumutbar ist und die dies durch ein ärztliches Attest oder eine vergleichbare amtliche Bescheinigung glaubhaft machen können, und Kinder bis zur Vollendung des 6.Lebensjahres sind von den Verpflichtungen nach den Absätzen 1 und 4 ausgenommen...)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---

# Versicherung an Eides Statt für Mecklenburg-Vorpommern

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- Anlage 1 zu § 2 Absatz 1, I. 5. (Corona-LVO M-V vom 01.11.2020) (Für die Beschäftigten und Kundinnen und Kunden besteht die Pflicht, eine Mund-Nase-Bedeckung (zum Beispiel Alltagsmaske, Schal, Tuch) zu tragen, wobei Kinder bis zum Schuleintritt und Menschen, die aufgrund einer medizinischen oder psychischen Beeinträchtigung oder wegen einer Behinderung keine Mund-Nase-Bedeckung tragen können und dies durch eine ärztliche Bescheinigung nachweisen können, ausgenommen sind.)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---

# Versicherung an Eides Statt

für Hessen

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- § 1a Abs. 3 Satz 2 (Corona-Kontakt-und Betriebsbeschränkungsverordnung vom 06.11.2020) (Personen, die aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder Behinderung keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen können)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---

# Versicherung an Eides Statt

# für Hamburg

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- § 8 Abs. 2 (HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO vom 07.11.2020) (Personen, die glaubhaft machen können, dass ihnen das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung aufgrund einer Behinderung oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist, sind von der Tragepflicht befreit,)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---

# Versicherung an Eides Statt

# für Baden-Württemberg

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- § 3 Abs. 2 Satz 2 (**Corona-Verordnung – CoronaVO vom 02.11.2020**) (für Personen, die glaubhaft machen können, dass ihnen das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung aus gesundheitlichen oder sonstigen zwingenden Gründen nicht möglich oder nicht zumutbar ist, wobei die Glaubhaftmachung gesundheitlicher Gründe in der Regel durch eine ärztliche Bescheinigung zu erfolgen hat)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---

# Versicherung an Eides Statt

für Bremen

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- § 3 Abs. 3, Satz 3 (**Neunzehnte Coronaverordnung** vom 31.10.2020) (Personen, denen die Verwendung einer Mund-Nasen-Bedeckung wegen einer Behinderung, einer Schwangerschaft oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder nicht zumutbar ist.)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---

# Versicherung an Eides Statt

# für Brandenburg

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- § 2 Abs. 1, Satz 3 (SARS-CoV-2-Umgangsverordnung - SARS-CoV-2-UmgV vom 30.10.2020)  
(Personen, denen die Verwendung einer Mund-Nasen-Bedeckung wegen einer Behinderung oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist; dies ist durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen.)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---



# Versicherung an Eides Statt

für Berlin

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- § 4 Abs. 4, Satz 2 (**SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung** vom 03.11.2020) (Personen, die aufgrund einer ärztlich bescheinigten gesundheitlichen Beeinträchtigung, einer ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankung oder einer Behinderung keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen können)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---

# Versicherung an Eides Statt

für Bayern

Mir ist bewußt, daß ich mich wissentlich über

- die ärztliche Einschätzung, die im Attest bescheinigt wird,
- § 2 Abs. 2 (8. BayIfSMV.vom 30.10.2020) (Personen, die glaubhaft machen können, dass ihnen das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung aufgrund einer Behinderung oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist, sind von der Trageverpflichtung befreit.)

hinwegsetze.

Meine Handlungen sind somit eine **Nötigung** gemäß **StGB § 240**.

Mir ist ebenfalls bewußt, daß ich voll umfänglich gemäß **BGB §§ 823, 824, 826, 829, 830, 839 privat hafte**.

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift:

---

---

## Angaben der genötigten Person

Vorname, Nachname:

---

Geb.-Datum, Geburtsort:

---

Anschrift:

---

---

Telefon, E-Mail:

---

Datum, Unterschrift

---

Im Falle einer Auskunfts- und Unterschriftsverweigerung sind folgende Angaben nach Möglichkeit zu erfassen:

**Filiale / Firma:**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

**Person, die die Auskunft verweigerte:**

Name: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

**Kurze Schilderung des Tathergangs:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Das ausgefüllte Formular senden Sie bitte an:



[zentrale@rdrk.de](mailto:zentrale@rdrk.de)

Verband RDRK  
Postfach 1106  
04701 Leisnig