

## Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht

Hiermit beantrage ich als betreuende bzw. bevollmächtigte Person von

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Anschrift</b>	

diese Person von der Ausweispflicht zu befreien.

### **Daten der Betreuerin / des Betreuers bzw. der Bevollmächtigten / des Bevollmächtigten**

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Anschrift</b>	

### **BEGRÜNDUNG:**

- Ich bin als betreuende Person (Betreuerin / Betreuer) nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt worden.

*Notwendige Unterlagen:*

1. Personalausweis der betreuten Person (auch wenn der Ausweis abgelaufen ist)
2. Bestellungsurkunde

#### **ODER**

- Die betreute Person ist handlungs- oder einwilligungsunfähig und wird von mir mit öffentlich beglaubigter Vollmacht vertreten.

*Notwendige Unterlagen:*

1. Personalausweis der betreuten Person (auch, wenn der Ausweis abgelaufen ist)
2. öffentlich beglaubigte\* (Vorsorge-)Vollmacht (\* öffentlich beglaubigen können Notare und die Betreuungsbehörden)
3. Nachweis des Arztes über die Handlungs- oder Einwilligungsunfähigkeit (kann z.B. auf der Vorsorgevollmacht bestätigt werden)

#### **ODER**

- Die betreute Person ist voraussichtlich dauerhaft in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim bzw. in einer ähnlichen Einrichtung oder in der häuslichen Pflege untergebracht.

*Notwendige Unterlagen:*

1. Personalausweis der betreuten Person (auch wenn der Ausweis abgelaufen ist)
2. Vollmacht oder Bestellungsurkunde
3. Bestätigung der Pflegeeinrichtung (siehe der graue Kasten am Ende der Seite)

#### **ODER**

- Die betreute Person kann sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit bewegen.

*Notwendige Unterlagen:*

1. Personalausweis der betreuten Person (auch wenn der Ausweis abgelaufen ist)
2. Vollmacht oder Bestellungsurkunde
3. Bestätigung der Arztes (siehe der graue Kasten am Ende der Seite)

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

### **Erklärung über den Gesundheitszustand**

Hiermit wird bestätigt, dass \_\_\_\_\_ (Name, Vorname des Patienten / Kunden)

- dauerhaft in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim bzw. in einer ähnlichen Einrichtung oder in der häuslichen Pflege lebt
- sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit bewegen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel (der Ärztin / des Arztes / Krankenhaus, Pflegeheim etc.)