

Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht

Hiermit beantrage ich als betreuende bzw. bevollmächtigte Person von

Name	Vornamen	Geburtsdatum
Straße, Hausnr.	Postleitzahl	Ort

diese Person von der Ausweispflicht zu befreien.

Daten der Betreuerin/des Betreuers bzw. der Bevollmächtigten/des Bevollmächtigten:

Name	Vornamen	Geburtsdatum
Straße, Hausnr.	Postleitzahl	Ort

Begründung:

- Ich bin als betreuende Person (Betreuer/in) 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. von einem Notar/einer Betreuungsbehörde öffentlich beglaubigte (Vorsorge-)Vollmacht
3. Nachweis des Arztes über die Handlungs- oder Einwilligungsunfähigkeit

oder

- Die betreute Person ist voraussichtlich dauerhaft in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder einer anderen 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

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 des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r

Erklärung des Arztes/der Ärztin bzw. der Pflegeeinrichtung über den Gesundheitszustand:

Hiermit wird bestätigt, dass

Name, Vorname des Patienten/der Patientin bzw. des Kunden/der Kundin

- dauerhaft in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim, 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 (Arzt/Ärztin, Krankenhaus, Pflegeheim, etc.)