

## Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht

Hiermit beantrage ich als betreuende bzw. bevollmächtigte Person von

<b>Name</b>	<b>Vornamen</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Straße, Hausnr.</b>	<b>Postleitzahl</b>	<b>Ort</b>

diese Person von der Ausweispflicht zu befreien.

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

<b>Name</b>	<b>Vornamen</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Straße, Hausnr.</b>	<b>Postleitzahl</b>	<b>Ort</b>

### 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.)