

Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht



Hiermit beantrage ich als betreuende bzw. bevollmächtigte Person von

Name, Vorname
Geburtsdatum
Anschrift

diese Person von der Ausweispflicht zu befreien.

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

Name, Vorname
Geburtsdatum
Anschrift

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. BestellungsurkundeODER
- Die betreute Person ist handlungs- und 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 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 des Arztes (siehe Kasten am Ende der Seite)

.....
Datum, Unterschrift

Erklärung über den Gesundheitszustand

Hiermit wird bestätigt, dass(Name 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/ Pflegeeinrichtung etc.)