

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. Bestellungsurkunde
ODER
- 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.)