

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

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

diese Person von der Ausweispflicht zu befreien.

Begründung:

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

Notwendig Unterlagen:

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

ODER

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

Notwendig Unterlagen:

1. Personalausweis der betreuten Person (auch wenn der Ausweis abgelaufen ist)
2. öffentliche 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 Bestellsurkunde
3. Bestätigung der Pflegeeinrichtung (siehe Abschnitt am Ende des Dokuments)

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 Bestellsurkunde
3. Bestätigung des Arztes (siehe Abschnitt am Ende des Dokuments)

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 (Ärztin / Arzt / Krankenhaus /
Pflegeeinrichtung etc.)