

Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht

für die eigene Person

Hiermit beantrage ich,

geboren am

wohnhaft

mich von der Ausweispflicht zu befreien.

Datum

Unterschrift

Notwendige Unterlagen:

1. Nachweis über den Gesundheitszustand vom Hausarzt, Pflegeheim oder Krankenhaus (siehe unten)
2. (in der Gültigkeitsdauer abgelaufenen) Personalausweis zur Entwertung und Wiederaushändigung

als Betreuerin / Betreuer bzw. Bevollmächtigte / Bevollmächtigter

Hiermit beantrage ich als betreuende bzw. bevollmächtigte Person von

geboren am

wohnhaft

diesen von der Ausweispflicht zu befreien,

- weil für ihn eine betreuende Person (Betreuerin / Betreuer) nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt wurde. (Nachweis 1 + 2)
- weil er handlungs- oder einwilligungsunfähig ist und von einer mit öffentlich beglaubigter Vollmacht bevollmächtigten Person vertreten wird. (Nachweis 1 + 2)
- weil er voraussichtlich dauerhaft in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim bzw. in einer ähnlichen Einrichtung oder in der häuslichen Pflege untergebracht ist. (Nachweis 1 + 2 + 3)
- weil er sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit bewegen kann. (Nachweis 1 + 2 + 3)

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

Name, Vorname	
Geburtstag	
Anschrift	

Datum, Unterschrift der Betreuerin / des Betreuer bzw. der Bevollmächtigten / des Bevollmächtigten

Notwendige Unterlagen:

1. Bestellungsurkunde bzw. Vertretungsvollmacht sowie den Personalausweis der vertretungsbevollmächtigten Person
2. (in der Gültigkeitsdauer abgelaufenen) Personalausweis zur Entwertung und Wiederaushändigung
3. Nachweis über den Gesundheitszustand vom Hausarzt, Pflegeheim oder Krankenhaus (siehe unten)

Erklärung über den Gesundheitszustand

Hiermit wird bestätigt, dass _____
(Name der Patientin / des Patienten bzw. der Bewohnerin / des Bewohners)

- 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, Pflegeheim etc.)