

# 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.)