

# Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

## für die eigene Person

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/- ort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

mich von der Ausweispflicht zu befreien.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### **Erforderliche Nachweise:**

- (in der Gültigkeitsdauer abgelaufener) Personalausweis zur Entwertung und Wiederaushändigung
- Erklärung über den Gesundheitszustand vom Hausarzt, Pflegeheim oder Krankenhaus (s. unten)

## als Betreuer/ -in bzw. Bevollmächtigte/ r für eine betreuende/ bevollmächtigte Person

Hiermit beantrage ich als betreuende bzw. bevollmächtigte Person von

Frau/ Herrn \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/- ort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

diese/n von der Ausweispflicht zu befreien.

weil für sie/ihn ein/e Betreuer/ -in nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt wurde (Nachweis 1+2 erforderlich, s. „Erforderliche Nachweise“)

weil sie/er handlungs- oder einwilligungsunfähig ist und von einer mit öffentlichen Vollmacht bevollmächtigten Person vertreten wird (Nachweis 1+2 erforderlich, s. „Erforderliche Nachweise“)

weil sie/er voraussichtlich dauerhaft in einem Krankenhaus, Pflegeheim bzw. einer ähnlichen Einrichtung oder in häuslicher Pflege untergebracht wird (Nachweis 1+2+3 erforderlich, s. „Erforderliche Nachweise“)

weil sie/er sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit bewegen kann (Nachweis 1+2+3 erforderlich, s. „Erforderliche Nachweise“)

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

Vor-/ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/- ort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### **Erforderliche Nachweise:**

- Bestellurkunde bzw. Vertretungsvollmacht sowie Personalausweis der vertretungsbevollmächtigten Person
- (in der Gültigkeitsdauer abgelaufener) Personalausweis zur Entwertung und Wiederaushändigung
- Erklärung über den Gesundheitszustand vom Hausarzt, Pflegeheim oder Krankenhaus (s. unten)

## **Erklärung über den Gesundheitszustand** (vom Arzt, Pflegeheim oder Krankenhaus auszufüllen)

Hiermit wird bestätigt, dass (Name Patient/ -in bzw. Bewohner/ -in)

Frau/ Herr \_\_\_\_\_

dauerhaft in einem Pflegeheim, Krankenhaus bzw. einer ähnlichen Einrichtung oder in der häuslichen Pflege lebt

sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit bewegen kann

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift u. Stempel Arzt, Pflegeheim, Krankenhaus etc.