

## Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht

für die eigene Person

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

mich von der Ausweispflicht zu befreien.

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

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

erforderliche Nachweise:

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

als Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r

Hiermit beantrage ich als betreuende bzw. bevollmächtigte Person von

Herrn/Frau \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

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. unten)
- weil sie/er handlungs- oder einwilligungsunfähig ist und von einer mit öffentlicher Vollmacht bevollmächtigten Person vertreten wird (Nachweis 1 + 2 erforderlich, s. unten)
- weil sie/er voraussichtlich dauerhaft in einem Krankenhaus, Pflegeheim bzw. in einer ähnlichen Einrichtung oder in häuslicher Pflege untergebracht ist (Nachweis 1 + 2 + 3 erforderlich, s. unten)
- weil sie/er sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit bewegen kann (Nachweis 1 + 2 + 3 erforderlich, s. unten)

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

Name, Vorname:	
geb. am:	
wohnhaft:	

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

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

erforderliche Nachweise:

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

### Erklärung über den Gesundheitszustand

Hiermit wird bestätigt, dass \_\_\_\_\_ (Name Patient/in bzw. Bewohner/in

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, Stempel Arzt, Pflegeheim, Krankenhaus etc.