

## 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:* **Fallgruppe 1 / Untervariante 1**

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

### ODER

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

*Notwendige Unterlagen:* **Fallgruppe 1 / Untervariante 2**

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- und 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:* **Fallgruppe 2**

1. Personalausweis der betreuten Person (auch wenn der Ausweis abgelaufen ist)
2. Vollmacht oder Bestellung (Betreuerausweis)
3. Bestätigung der Pflegeeinrichtung (siehe grauer Kasten am Ende der Seite)

### ODER

Die betreute Person kann sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit bewegen.

*Notwendige Unterlagen:* **Fallgruppe 3**

1. Personalausweis der betreuten Person (auch wenn der Ausweis abgelaufen ist)
2. Vollmacht oder Bestellung (Betreuerausweis)
3. Bestätigung des Arztes (siehe grauer Kasten am Ende der Seite)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Erklärung über den Gesundheitszustand

Hiermit wird bestätigt, dass \_\_\_\_\_ (Name, Vorname 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 (Arzt oder Krankenhaus oder Pflegeheim etc.)