

# Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht gem. § 1 Abs. 3 PAuswG

## 1. Von der Ausweispflicht zu befreiende Person:

|                |  |
|----------------|--|
| Name, Vorname: |  |
| Geburtsdatum:  |  |
| Anschrift:     |  |

## 2. Daten des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten (sofern der Antrag durch diesen gestellt wird):

|                |  |
|----------------|--|
| Name, Vorname: |  |
| Geburtsdatum:  |  |
| Anschrift:     |  |

## 3. Hiermit beantrage ich, die unter Punkt 1 genannte Person von der Ausweispflicht zu befreien,

☐ weil für sie/ihn die unter Punkt 2 genannte Person als Betreuer/in nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt wurde.

### Notwendige Unterlagen:

- Personalausweis der betroffenen Person und der Betreuerin / des Betreuers
- Betreuerausweis (Bestellungsurkunde)

☐ weil sie/er handlungs- oder einwilligungsunfähig ist und von der Person unter Punkt 2 mit öffentlich beglaubigter Vollmacht vertreten wird.

### Notwendige Unterlagen:

- Personalausweis der betroffenen Person und der bevollmächtigten Person
- öffentliche beglaubigte Vollmacht (öffentlich beglaubigen können Notare und die Betreuungsbehörden)
- Nachweis des Arztes über die Handlungs- oder Einwilligungsunfähigkeit

☐ weil sie/er voraussichtlich dauerhaft in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht ist.

### Notwendige Unterlagen:

- Personalausweis der betroffenen Person unter Punkt 1
- Bestätigung der Pflegeeinrichtung (siehe grauen Kasten am Ende dieser Seite)
- Vollmacht und Personalausweis, sofern der Antrag durch die Person unter Punkt 2 gestellt wird

☐ weil sie/er sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit kann.

### Notwendige Unterlagen:

- Personalausweis der betroffenen Person unter Punkt 1
- Bestätigung des Arztes (siehe grauen Kasten am Ende der Seite)
- Vollmacht und Personalausweis, sofern der Antrag durch die Person unter Punkt 2 gestellt wird

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift Antragssteller/in, Bevollmächtigte/r, Betreuer/in

## Erklärung über den Gesundheitszustand

Hiermit wird bestätigt, dass-----

(Vor- und Nachname 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 alleine in der Öffentlichkeit bewegen kann.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift, Stempel (Arzt, Pflegeheim, Krankenhaus etc.)