

Hiermit beantrage ich,

**mich**, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname, ggf. Geburtsname Geburtsdatum

wohnhaf\_\_\_\_\_t, 78166 Donauesschingen  
Straße, Hausnummer

von der Ausweispflicht zu befreien.

Den erforderlichen Nachweis (siehe unten 1.) habe ich angehängt; den Nachweis über den Gesundheitszustand (siehe unten 3.) habe ich ausfüllen und unterschreiben lassen.

SELBST

Ort, Datum

Unterschrift

**als betreuende bzw. bevollmächtigte Person von**

Frau/Herrn \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname, ggf. Geburtsname Geburtsdatum

wohnhaf\_\_\_\_\_t, 78166 Donauesschingen  
Straße, Hausnummer

diese/n von der Ausweispflicht zu befreien,

weil für sie/ihn ein/e Betreuer/in nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt wurde (Nachweise 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. u.)

weil sie/er voraussichtlich dauerhaft in einem Krankenhaus, Pflegeheim bzw. in einer ähnlichen Einrichtung oder in häuslicher Pflege untergebracht ist (bitte zutreffendes unterstreichen, Nachweis 1., 2. & 3. erforderlich, s. unten)

weil sie/er sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht alleine in der Öffentlichkeit bewegen kann (Nachweis 1., 2. & 3. erforderlich, s. unten)

SELBST

VERTRET

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

Herrn/Frau \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname, ggf. Geburtsname Geburtsdatum

wohnhaf\_\_\_\_\_t  
Straße, Hausnummer

Ort, Datum

Unterschrift

ANLAGEN

1. (in der Gültigkeitsdauer abgelaufener) Personalausweis zur Entwertung und Wiederausgabe
2. Bestellungsurkunde bzw. Vertretungsvollmacht sowie Personalausweis der vertretungsbevollmächtigten Person
3. **Erklärung über den Gesundheitszustand** (auszufüllen vom Arzt, Pflegeheim, Krankenhaus etc.)  
Hiermit wird bestätigt, dass die oben genannte Person (Name Patient/in bzw. Bewohner/in)
  - vermutlich 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