

# Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

geb. am: \_\_\_\_\_

wohnhaf in: \_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, Wohnort)

von der Ausweispflicht befreit zu werden, weil ich mich auf Dauer wegen körperlicher Behinderung nicht ohne Begleitung in der Öffentlichkeit zu bewegen vermag.

Kalbe (Milde), den \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Hiermit beantrage(n) ich/wir, Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

geb. am: \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, Wohnort)

von der Ausweispflicht zu befreien, weil

er/sie unter Betreuung gestellt wurde: \_\_\_\_\_  
(Amtsgericht, Aktenzeichen)

er/sie wegen einer körperlichen bzw. geistigen Behinderung aus Dauer in einem

Krankenhaus/ Pflegeheim

einer sonstigen Einrichtung -näher bezeichnen: \_\_\_\_\_

untergebracht ist.

Ich bin/ Wir sind  Betreuer  sonstige Bezugsperson(en)  
-näher bezeichnen- \_\_\_\_\_

Kalbe (Milde), den \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

## Erklärung über den Gesundheitszustand

Hiermit wird bestätigt, dass \_\_\_\_\_ (Name, Vorname des Patienten)

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 (der Ärztin/ des Arztes)