# G E M E I N D E  R A B E N A U

## Befreiung von der Ausweispflicht

**Hiermit bitte ich Sie, mich:**

| | |
|---|---|
| **Name, Vorname:** | |
| **Anschrift:** | |
| **Geb.datum & -ort:** | |

**aus nachstehenden Gründen von der Ausweispflicht zu befreien.**

**Begründung:**

☐ **Für mich ist eine betreuende Person nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt worden.**
Notwendige Unterlagen:
1. Personalausweis der betreuten Person
2. Bestellungsurkunde

☐ **Ich bin voraussichtlich dauerhaft in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim bzw. einer ähnlichen Einrichtung oder in der häuslichen Pflege untergebracht.**
Notwendige Unterlagen:
1. Personalausweis
2. Bestätigung des Krankenhauses, des Pflegeheims bzw. der ähnlichen Einrichtung

☐ **Ich kann mich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit bewegen.**
Notwendige Unterlagen:
1. Personalausweis
2. Bestätigung des Arztes/der Ärztin

**Datenschutzhinweis und Einwilligung zur Datenerhebung**
Die oben genannten Daten werden für den Zweck der Befreiung von der Ausweispflicht erhoben und gespeichert. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte erfolgt nicht. Sie sind jederzeit berechtigt, gegenüber der Gemeine Rabenau, Datenschutzbeauftragte Sophie van Moll, datenschutz@rabenau.de, um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu bitten. Zudem können Sie jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angaben von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Weitere Hinweise zur Datenerhebung und -speicherung in der Datenschutzerklärung unter www.gemeinde-rabenau.de/datenschutz.

**Ort, Datum und Unterschrift**

# Erklärung über den Gesundheitszustand

**Hiermit wird bestätigt, dass die oben an zweiter Stelle genannte Person**

- ☐ **dauerhaft in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim bzw. einer ähnlichen Einrichtung untergebracht ist oder in der häuslichen Pflege lebt.**

- ☐ **sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht alleine in der Öffentlichkeit bewegen kann.**

**Ort, Datum**

**Unterschrift und Stempel**
**(Arzt/Ärztin, Krankenhaus, Pflegeheim)**