

Ggf. Titel dann Name Vorname Arzt\*in

Fachgebiet z. B. Kinderärztin

Kontaktdaten (Adresse, Tel. usw.)

Berlin, Tag. Monat. Jahr

ärztliche

### AUSNAHMEGEBENHIGUNG

**Für Patient\*in:** Vorname Nachname Kind/Jugendlicher  
**Geburtsdatum:** Tag.Monat.Jahr  
**Wohnhaft:** Straße und Hausnr., Postleitzahl und Ort  
**Diagnose:** individuelle Diagnose angeben, ggf. mit Verweis auf fremd- und/oder autoaggressives Verhalten

Aufgrund der schweren Autismusspektrumstörung in Kombination mit Fremd- und Autoaggressionen ist für das Kind/den Jugendlichen der Zugang in Parks, auf Spielplätze, auf öffentlichen Straßen, in öffentlichen Verkehrsmitteln, abzusichern.

Das Kind/Der Jugendliche ist aufgrund seiner komplexen Behinderung - verbunden mit Auto- und Fremdaggressionen - außer Stande seinen Alltag ohne umfangreiche Bewegungsmöglichkeiten ausschließlich im häuslichen Umfeld verbringen zu können.

Dies würde die Gesundheit der Bezugspersonen und des Kindes/Jugendlichen durch dann umfassend auftretende Auto- und Fremdaggressionen hochgradig gefährden.

Die Betreuung in der Öffentlichkeit des Kindes/Jugendlichen wird sichergestellt durch folgende Bezugspersonen:

**Persönliche Assistenz:** Vorname Nachname, geb. Tag.Monat.Jahr, wohnhaft: Straße und Hausnr., Postleitzahl und Ort

oder

**Persönliche Assistenz:** Vorname Nachname, geb. Tag.Monat.Jahr, wohnhaft: Straße und Hausnr., Postleitzahl und Ort

oder

**Mutter/Vater/Eltern:** Vorname Nachname, geb. Tag.Monat.Jahr, wohnhaft: Straße und Hausnr., Postleitzahl und Ort

Sollte es zu einer Ausgangssperre kommen, stellen Frau/Herr Nachname Assistenz 1 oder Frau/Herr Nachname Assistenz 2 die Versorgung mit Nahrungsmitteln, Vermittlung medizinischer Versorgung oder andere Bedarfe der Familie (oder der alleinerziehenden Mutter/Vater und Tochter/Sohn) sicher.

Die Assistenzen und Mutter/Vater/die Eltern verpflichten sich für ausreichenden Infektionsschutz ihrer eigenen Person, den des Kindes/Jugendlichen sowie des Umfeldes zu sorgen.