



Anlage 4: Vollmacht für Arztbesuch und Medikamentengabe

Hiermit wird durch den*die
(Vorname und Name der Betreuungsperson)

.....
(Vorname und Name der*des Erziehungsberechtigte*n oder unterstützungsbedürftigen Angehörige*n)

..... bevollmächtigt, für
(Telefon privat / dienstlich / mobil)

..... (Vorname und Name) (Geburtsdatum)

..... (Vorname und Name) (Geburtsdatum)

..... (Vorname und Name) (Geburtsdatum)

in Notfällen während der Betreuungszeit eine ärztliche Behandlung einzuleiten.

Arzt/Ärztin:
(Name der Arztpraxis, Name der Ärztin/ des Arztes)

.....
(Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

.....
(Telefon)

und/ oder im Bedarfsfall folgende Medikamente zu verabreichen.

- Einnahme von Medikamenten erledigt die zu betreuende Person selbständig
- Verabreichung durch die Betreuungsperson

.....
(Name des Medikaments/ der Medikamente)

.....
(Dosierung/ Uhrzeit der Verabreichung)

Fieberzäpfchen ab Körpertemperatur von° Celsius.

Bemerkungen, Hinweise (Unverträglichkeiten, Allergien, Epilepsien usw.)

.....
Diese Vollmacht gilt für die Zeit der Fluxx-Betreuungsvereinbarung.

.....
(Ort und Datum)

.....
(Unterschrift der*des Erziehungsberechtigte*n oder Angehörige*n)