



Anlage 4: Vollmacht für Arztbesuch und Medikamentengabe

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

..... (Vorname und Name des Erziehungsberechtigten/n oder unterstützungsbedürftigen Angehörigen)

..... 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 Erziehungsberechtigten oder Angehörigen)