



#### 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)