

**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 unterstützungsberechtigten 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 selbstständig
- 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)