



**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)