

Ermächtigung der Personensorgeberechtigte zur Medikamentengabe/ medizinischen Hilfsmaßnahmen

Für Volk, Lucas 16.11.2015
Name und Geburtsdatum des Kindes/des Jugendlichen

Hiermit ermächtige/n ich/wir Celina Volk
Name der Eltern/Personensorgeberechtigten

☒ den Träger der Einrichtung/Maßnahme IB Wohngruppe Wehrheim

eine*n Mitarbeiter*in mit den benannten Maßnahmen zu beauftragen.

ODER

☐ den*die Mitarbeiter*in _____ und in seiner Vertretung

1. den*die Mitarbeiter*in _____

2. den*die Mitarbeiter*in _____

3. den*die Mitarbeiter*in _____

die unter folgend benannten Maßnahmen vorzunehmen.

(Entsprechendes bitte ankreuzen):

☒ die laut. beigefügter Anlage Ärztliche Verordnung Medikamentengabe bzw. im Notfall die in Ärztliche Verordnung Notfallmedikamente aufgeführten Medikamente zu den genannten Zeiten zu verabreichen.

☒ die laut beigefügter Anlage Ärztliche Verordnung medizinische Hilfsmaßnahmen beschriebenen Maßnahmen zu den angegebenen Zeiten durchzuführen.

Im Notfall bin ich / sind wir unter folgender Telefonnummer zu erreichen:

Volk, Celina 0176 55050934
Name Telefonnummer

Name Telefonnummer

Der behandelnde Arzt*die behandelnde Ärztin Dr. Beate Baumann

ist unter Telefon 06126 57711 von 8 bis 17 Uhr erreichbar.

Änderungen der ärztlichen Verordnung teile ich unverzüglich dem/der ermächtigte*n Mitarbeiter*in oder der Leitung des Angebots mit.

Glashütten 10.06.2025
Ort, Datum

C. Volk F. Volk
Unterschrift der Eltern/Personensorgeberechtigten