

**Vollmacht zur Abgabe von Arzneimitteln  
an mein Kind zur Vorlage in der Apotheke**

Mein Kind (Vor- und Zuname des Kindes)

.....  
ist berechtigt,

das Rezept für .....  
einzulösen

folgende Arzneimittel für mich  
käuflich zu erwerben:

.....

.....

Ort/Datum .....

.....  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten