

**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