

VOLLMACHT für Arztbesuche

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir
(Name des/der Sorgeberechtigten) _____

wohnhaft in _____

als Sorgeberechtigte/r
des Kindes/der Kinder _____, geb. am _____
_____, geb. am _____

die Tagespflegeperson _____
wohnhaft in _____

in Notfällen während der Betreuungszeit eine ärztliche Behandlung des o.g. Kindes/ der Kinder zu veranlassen.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift der Sorgeberechtigten: _____

Unterschrift der Tagespflegeperson: _____

Krankenkasse: _____

Name des (Kinder-)Arztes: _____

Anschrift: _____
PLZ/Ort/Straße _____
Telefonnummer: _____

Name des Zahnarztes: _____

Anschrift: _____
PLZ/Ort/Straße _____
Telefonnummer: _____

Anschrift des Krankenhauses: _____
PLZ/Ort/Straße _____
Telefonnummer: _____