

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

(Name des/r Sorgeberechtigten)

wohnhaft in _____
(Adresse, Telefon)

als Sorgeberechtigten/r des Kindes/der Kinder _____
(Name)
_____ geb. am

Herrn/Frau _____
(Name der Tagespflegeperson)

wohnhaft in _____
(Adresse, Telefon)

in Eilfällen eine ärztliche Behandlung des Kindes zu veranlassen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des/r Sorgeberechtigten)

Hausarzt/Hausärztin: _____

Adresse, Telefon: _____

Das Kind ist krankenversichert über _____

(Name, Krankenkasse, Versicherungsnummer)

Wichtige Informationen für den Arzt/die Ärztin (Allergien, Operationen, Medikamente u.a.):

