

Vollmacht zur ärztlichen Behandlung

(bitte verwenden Sie für jedes betreute Kind eine eigene Vollmacht)

Hiermit bevollmächtige/n ich /wir

Name der / des Sorgeberechtigte/n:		
Straße/Wohnort:		
Telefon privat:		Telefon privat:
Arbeitsplatz:		Arbeitsplatz:

Als Sorgeberechtigte des Kindes/:

Name des Kindes	Geburtsdatum:	evtl. Besonderheiten oder Erkrankungen

in Notfällen eine ärztliche Behandlung des obengenannten Kindes zu veranlassen.

- Die Entscheidung darüber, ob ein Notfall vorliegt, trifft die Tagespflegeperson.
- Die Tagespflegeperson verpflichtet sich, im eingetretenen Notfall die Sorgeberechtigten umgehend zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Tagespflegeperson

Krankenkasse und Versichertennummer :

Name und Anschrift des Kinderarztes:

Telefonnummer des Kinderarztes:

Name und Anschrift des Zahnarztes:

Telefonnummer des Zahnarztes:

Name und Anschrift des Krankenhauses:

Telefonnummer des Krankenhauses: