

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

Name des/der Sorgeberechtigten _____

Adresse _____

als Mutter/ Vater des Kindes/ der Kinder _____

geboren am _____

die Tagespflegeperson _____

Adresse _____

im Notfall eine ärztliche Behandlung des Kindes zu veranlassen:

beim Kinderarzt/-ärztin _____

beim Zahnarzt/-ärztin _____

gewünschtes Krankenhaus _____

Zuständige Krankenkasse, bei der das Tageskind versichert ist:
(Kopie der Krankenversicherungskarte liegt bei)

Name _____

Anschrift _____

Diese Vollmacht gilt lediglich für Notfälle, nicht für ärztliche Routineuntersuchungen, -maßnahmen oder Therapien.

Im Notfall darf die Tagespflegeperson neben den Eltern folgende Personen benachrichtigen:
Name Anschrift Telefon-Nr.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten