

Vollmacht für Arztbesuche:

Hiermit bevollmächtige ich/ bevollmächtigen wir als Inhaber der Personensorge

Vorname, Name:	
Anschrift:	

für meine Kinder

Vorname, Name	
Geboren am:	

die Tagespflegeperson

Vorname, Name:	
Anschrift:	

Die Kinder

- im Bedarfsfall und bei akuten medizinischen Maßnahmen oder Behandlungen unter Narkose

dem nachstehenden Arzt, oder im Notfall dem nachstehenden Krankenhaus zur Untersuchung und Behandlung vorzustellen und nötige Maßnahmen einzuleiten. Eine angemessene Aufklärung der Tagespflegeperson über vorgesehene Maßnahmen setzen wir voraus.

- **Behandelnder Kinderarzt:**

Name:	
Anschrift:	
Telefon:	

- **Krankenkasse**

Name:	
Anschrift:	
Versicherungsnummer:	

- **Krankenhaus:** (Sofern eine Wahlmöglichkeit besteht)

Name:	
Anschrift:	
Telefon:	

Ort, Datum:

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten