

## VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

\_\_\_\_\_  
(Name des/r Sorgeberechtigten)

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
(Adresse, Telefon)

Als Sorgeberechtigten/r des Kinder/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 der/s 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.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_