

## Vollmacht ärztlicher Behandlung

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

Name des/der Sorgeberechtigt/r des Kindes

\_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_

Wohnhaft in \_\_\_\_\_

Als Sorgeberechtigte/r des Kindes \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Frau/Herr

Name der Tagespflegeperson \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

**in Notfälle eine ärztliche Behandlung des oben genannten Kindes zu  
veranlassen**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum                      Sorgeberechtigte/r                      Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_ hiermit stimme ich der Bevollmächtigung zur Veranlassung einer  
ärztlichen Behandlung in Notfällen zu

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum                      Tagespflegeperson

\_\_\_\_\_  
Name des (Kinder-)Arztes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_