

Anlage zum Vertrag zwischen Tagespflegeperson und Eltern
-für die Tagespflegeperson-

Vollmacht für eine ärztliche Behandlung des Tageskindes im Notfall

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir Personensorgeberechtigte/n:

Name, Vorname, Anschrift, Tel.Nr.

Tel.Nr.(privat, geschäftl., mobil)

als Personensorgeberechtigte/r des Kindes/ der Kinder:

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes/ der Kinder:

unsere Tagespflegeperson:

Name, Vorname, Anschrift, Tel.Nr.

in Eil-, Notfällen mit dem Kind einen Arzt/ eine Ärztin oder ein Krankenhaus, welche im Folgenden benannt sind, aufzusuchen. Jeweils in Kopie sind Krankenversichertenkarte sowie Impfausweise des Kindes/ der Kinder bei der Tagespflegeperson hinterlegt.

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____
Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte:

Name des (Kinder-/ Haus-) Arztes/ Ärztin: _____

Anschrift, Tel.Nr.: _____

Name des Zahnarztes/-ärztin: _____

Anschrift, Tel.Nr.: _____

Name des gewünschten Krankenhauses: _____

Anschrift, Tel.Nr.: _____

Name, Anschrift, Telefonnummer, Versicherungsnummer der zuständigen
Krankenkasse, bei der das Tageskind/ die Tageskinder versichert sind:
