

Vollmacht Arztbesuch

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir:

Name des Sorgeberechtigten

Name des Sorgeberechtigten

Straße

PLZ/Wohnort

als Sorgeberechtigte/n des Kindes:

Name des Kindes

die Kindertagespflegeperson

Name der Kindertagespflegeperson

Straße

PLZ/Wohnort

eine ärztliche Behandlung zu veranlassen, wenn es sich um einen Notfall handelt.

Das Kind ist versichert über:

Name des betreffenden Sorgeberechtigten

bei der Krankenkasse _____ Versicherungsnr. _____

Name des Kinderarztes _____ Telefonnr. _____

Bevorzugtes Krankenhaus _____

Ort, Datum

Unterschrift der/des 1. Sorgeberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift der/des 2. Sorgeberechtigten