

**Vollmacht zur Veranlassung von ärztlichen Behandlungen des Kindes in medizinischen Notfällen**

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass mein/unser Kind:

\_\_\_\_\_ von der Tagespflegeperson Frau/Herrn:

\_\_\_\_\_ im Rahmen von Kindertagespflege betreut wird.  
Sie/er ist berechtigt, in medizinischen Notfällen eine ärztliche Behandlung zu veranlassen.

Die Tagespflegeperson informiert die Sorgeberechtigten oder eine von diesen benannten dritte Person umgehend.

Die Sorgeberechtigten sind in dringenden Fällen während der Betreuungszeit unter folgender Adresse /Telefonnummer zu erreichen:

Mutter: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vater \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ansprechpartner, falls die Sorgeberechtigten nicht erreichbar sind

Name und Telefonnummer \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt des Kindes

Name und Telefonnummer \_\_\_\_\_

Nach Möglichkeit aufzusuchendes Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Behandelnde/r Zahnarzt/ärztin: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Allergien /Arzneimittelunverträglichkeiten/Sonstiges:

.....  
(Unterschrift des/r Sorgeberechtigten)

.....  
(Unterschrift der Tagespflegeperson)