

## Vollmacht für Arztbesuche

### Die TAGESPFLEGEPERSON

Frau / Herr .....

wohnt in

Straße .....

PLZ, Stadt .....

erhält hiermit von

dem / den PERSONENSORGEBERECHTIGTEN .....

Straße .....

PLZ, Stadt .....

**die Vollmacht in Notfällen während der Betreuungszeit eine notwendige ärztliche  
Behandlung des Kindes**

....., **geboren am** ..... **einzuleiten.**

(Name, Vorname des Kindes)

Diese Vollmacht gilt, bis sie widerrufen wird oder die Tagespflege endet.

Dresden, den .....

.....  
Unterschrift des / der Personensorgeberechtigten

---

Kinderarzt: .....

Zahnarzt: .....

Andere behandelnde Ärzte: .....

.....

Krankenkasse, Versicherter, Versichertennummer: .....

.....