

Kindertagespflege Zwergenwiese, Lerchensteig 36, 14469 Potsdam



Anlage: Vollmacht über die Berechtigung der Tagespflegeperson zur Veranlassung von ärztlichen Behandlungen des betreuten Kindes

Vollmacht zur ärztlichen Behandlung meines/ unseres Kindes in Notfällen

Personensorgeberechtigte/r

Name, Vorname:	Name, Vorname:
Wohnhaft in:	Wohnhaft in:
Telefon:	Telefon:

Tagespflegeperson

Name, Vorname:	Schiller-Wetzel, Daniela
Telefon:	0172/3055777

Hiermit bevollmächtige/n ich / wir o.g. Tagespflegeperson, in Notfällen eine ärztliche Behandlung meines / unseres Kindes:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnhaft in:		

zu veranlassen.



Kindertagespflege Zwergenwiese, Lerchensteig 36, 14469 Potsdam

Krankenkasse:	
Anschrift:	
Telefon:	

Arzt:	
Anschrift:	
Telefon:	

Datum/ Unterschrift des Personensorgeberechtigten	Datum/ Unterschrift des Personensorgeberechtigten
--	--