

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: | Henemann, Doreen |
| | |
| Telefon: | 0174/1508832 |

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 |
|--|--|