

# Vollmacht

Anlage 4

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

Name des/der Sorgeberechtigten	
Vorname	
Anschrift (Straße,Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon	

als Sorgeberechtigte/r des Kindes

Name	
Vorname	
geb. am	

die Tagespflegeperson

Name	
Vorname	
Anschrift (Straße,Haus-Nr., PLZ, Ort)	

bei einem ärztlichen Behandlungserfordernis einen Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen.

**Jeweils in Kopie sind Krankenversicherungskarte sowie Impfausweise des Kindes bei der Kindertagespflegeperson hinterlegt.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Das o. g. Kind befindet sich bei folgenden Ärzten in Behandlung:

**Hausarzt:**

Name	
Anschrift (Straße,Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon	

**Zahnarzt:**

Name	
Anschrift (Straße,Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon	

**Krankenkasse:**

Name	
Anschrift (Straße,Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Versichertennummer	

Ausfertigungen: 1 Exemplar Eltern  
1 Exemplar Tagespflegeperson