



Anlage zum Vertrag zwischen Tagespflegeperson und Eltern  
-für die Tagespflegeperson-

## Vollmacht für eine ärztliche Behandlung des Tageskindes im Notfall

**Hiermit bevollmächtige/n ich/wir Personensorgeberechtigte/n:**

Name, Vorname, Anschrift, Tel.Nr.

---

Tel.Nr.(privat, geschäftl., mobil)

**als Personensorgeberechtigte/r des Kindes/ der Kinder:**

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes/ der Kinder:

---

**unsere Tagespflegeperson:**

Name, Vorname, Anschrift, Tel.Nr.

---

**in Eil-, Notfällen mit dem Kind einen Arzt/ eine Ärztin oder ein Krankenhaus, welche im Folgenden benannt sind, aufzusuchen. Jeweils in Kopie sind Krankenversichertenkarte sowie Impfausweise des Kindes/ der Kinder bei der Tagespflegeperson hinterlegt.**

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_  
Unterschrift der Personensorgeberechtigten

**Name und Anschrift der behandelnden Ärzte:**

**Name des (Kinder-/ Haus-) Arztes/ Ärztin:** \_\_\_\_\_

Anschrift, Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

**Name des Zahnarztes/-ärztin:** \_\_\_\_\_

Anschrift, Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

**Name des gewünschten Krankenhauses:** \_\_\_\_\_

Anschrift, Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Telefonnummer, Versicherungsnummer der zuständigen  
**Krankenkasse, bei der das Tageskind/ die Tageskinder versichert sind:**

---