



Vollmacht

*Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

*(Name des/r Sorgeberechtigten)

wohnhaft in _____
(Adresse)

als *Sorgeberechtigte/r des Kindes _____
(Name)

geb.am _____

*Herrn/Frau Heike Pohl
(Name der Tagespflegeperson)

wohnhaft in Abteistrasse 1 , 04552 Borna
(Adresse)

in Eilfällen eine ärztliche Behandlung des Kindes zu veranlassen.

Krankenversichert bei: _____ Vers. Nr.: _____

Krankenkasse: _____

_____, den _____
(Ort) (Datum)

*(Unterschrift des/r Sorgeberechtigten)