

**Landratsamt Dillingen a.d.Donau – Amt für Jugend und Familie –  
Kindertagespflege**

**VOLLMACHT für Arztbesuche**

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

Name des/der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_

wohnhaft in

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

als Sorgeberechtigte/r

des Kindes/der Kinder

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

Die Tagespflegeperson

\_\_\_\_\_

wohnhaft in

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

in Notfällen während der Betreuungszeit eine ärztliche Behandlung des o.g. Kindes/ der Kinder zu  
veranlassen.

Ort: \_\_\_\_\_,

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der Sorgeberechtigten:

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Tagespflegeperson:

\_\_\_\_\_

Krankenkasse:

\_\_\_\_\_

Name des (Kinder-)Arztes:

\_\_\_\_\_

Anschrift:

PLZ/Ort/Straße

\_\_\_\_\_

Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

Name des Zahnarztes:

\_\_\_\_\_

Anschrift:

PLZ/Ort/Straße

\_\_\_\_\_

Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

Anschrift des Krankenhauses:

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort/Straße

Telefonnummer:

\_\_\_\_\_