



Augenarztpraxis Blankenese

DRES. KAUPKE · MIEBACH · GÖRGES · EHRICH & PARTNER

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

(Name des/r Sorgeberechtigten)

wohnhaft in

(Adresse, Telefon)

als Sorgeberechtigte/r des Kindes/der Kinder

(Name) geb. am _____

Herrn/Frau

(Name der Tagespflegeperson)

wohnhaft in

(Adresse, Telefon)

die ärztliche Behandlung des Kindes zu begleiten. Der Arzt ist somit auch gegenüber der o.g. Person von der Schweigepflicht für diesen Behandlungsfall entbunden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des/r Sorgeberechtigten)

Hausarzt/Kinderarzt: _____

Das Kind ist krankenversichert über _____

(Name, Krankenkasse, Versicherungsnummer)

Wichtige Informationen für den Arzt/die Ärztin
(Allergien, Operationen, Medikamente, Therapieverlauf, u.a.)

