

**Vollmacht  
zur Vorlage bei notwendigen Arztbesuchen**

Hiermit bevollmächtige/n ich / wir,

.....

Anschrift .....

für mein / unser Kind .....

geb. am .....

Frau .....

Anschrift .....

in Notfällen eine ärztliche Behandlung des Kindes zu veranlassen.

Zuständige **Krankenkasse** .....

Kontaktdaten des **(Kinder-) Arztes**

.....

.....

Kontaktdaten des **Zahnarztes**

.....

.....

Kontaktdaten **Krankenhaus**

.....

.....

Freising, den .....

Unterschrift Sorgeberechtigte

.....