



Allgemeine Vollmacht (jederzeit widerrufbar)

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir als Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte/r

1. Erziehungs- bzw. sorgeberechtigte Person:

2. Erziehungs- bzw. sorgeberechtigte Person:

den Waldkindergarten „**Die Waldmäuse**“ während der vereinbarten Betreuungszeit

meines/unseres Kindes

geboren am

folgende Maßnahmen, unter gegebenen Umständen zu ergreifen (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Anruf und Besuch der Kinderärztin/des Kinderarztes des Kindes zu tätigen, im Notfall gilt dies auch für den nächst erreichbaren Kinderarzt
- Entscheidung über notfallmedizinische Fragen, sofern ich/wir nicht bis zum Entscheidungszeitpunkt zu erreichen bin/sind.
- wichtige Medikamente dürfen nach Absprache mit schriftlicher Vollmacht (siehe Anhang) verabreicht werden.
- Die Gabe von homöopathischen Mitteln (Arnika C30, Apis C30) aus der Notfallapotheke
- Bei Verdacht auf Fieber darf mit einem Ohr-/Stirnthermometer gemessen werden
- Bei kleinen Verletzungen darf ein Pflaster/Verband zur Wundbehandlung benutzt werden.
- Schneiden der Finger- und Fußnägel bei Notwendigkeit (z.B. eingerissen)
- Schwimmbadbesuche
- Entfernung von Zecken mittels Zeckenzange
- Autofahren mit den gesetzlich vorgeschriebenen Sicherheitssystemen
- Benutzung von Nahverkehrsmitteln
- Mitnahme auf dem Fahrrad (Fahrradsitz, Anhänger, Lastenfahrrad)

Harsefeld, den X

Datum, Unterschrift



Vollmacht für Arztbesuche (jederzeit widerrufbar)

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir als Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte/r

1. Erziehungs- bzw. sorgeberechtigte Person:

2. Erziehungs- bzw. sorgeberechtigte Person:

den Waldkindergarten „**Die Waldmäuse**“ während der vereinbarten Betreuungszeit

meines/unseres Kindes

geboren am

in Eil- und Notfällen mit dem Kind/den Kindern einen Arzt/eine Ärztin oder ein Krankenhaus, welche im Folgenden benannt sind, aufzusuchen. Jeweils in Kopie sind Krankenversicherungskarte und Impfpass des Kindes/der Kinder hinterlegt.

Name, Anschrift, Telefonnummer des/der behandelnden Kinder-/Hausarztes/-ärztin

Name, Anschrift, Telefonnummer des/der behandelnden Zahnarztes /-ärztin

Name, Anschrift, Telefonnummer des gewünschten Krankenhauses

Harsefeld, den X
Datum, Unterschrift



Vollmacht über Medikamentengabe*(jederzeit widerrufbar)

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir als Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte/r

1. Erziehungs- bzw. sorgeberechtigte Person:

2. Erziehungs- bzw. sorgeberechtigte Person:

den Waldkindergarten „**Die Waldmäuse**“ während der vereinbarten Betreuungszeit

meines/unseres Kindes

geboren am

aufgrund der Erkrankung

das entsprechende Medikament

in folgender Dosis

zu verabreichen.

Bitte die Verordnung des Arztes beilegen.

Harsefeld, den X
Datum, Unterschrift

*Die Vollmacht gilt nur bei Medikamenten, die von einem Arzt verordnet und zwingend erforderlich sind. Diese müssen in der Regel dauerhaft oder über einen längeren Zeitraum verabreicht werden.