**VS Frastanz Hofen**Schmittengasse 46820 Frastanz
direktion@vsfrh.vobs.at
Tel. 05522/51793

**Einverständniserklärung**

zur Abgabe von Kaliumjodid-Tabletten an Schulen und Internaten

Die Bevorratung von Kaliumjodid-Tabletten ist eine wichtige Vorsorgemaßnahme, um Ihr Kind im Fall eines schweren Kernkraftwerkunfalles vor Schilddrüsenkrebs zu bewahren. Sie bekommen diese Tabletten für Ihr Kind kostenlos in der Apotheke oder bei Ihrem Hausapotheken führenden Arzt zur Heimbevorratung. Damit können Sie Ihr Kind zu Hause wirkungsvoll schützen, wenn die Gesundheits-behörden nach einer Reaktorkatastrophe zur Einnahme der Tabletten auffordern.
Sollte im Falle eines Kernkraftwerkunfalles die Alarmierung jedoch während des Aufenthaltes in der Schule oder im Internat erfolgen, kann Ihr Kind die erste Tagesdosis bereits dort erhalten.
Diese Einrichtungen halten die erforderlichen Tabletten für Ihr Kind bereit. Die Abgabe der Tabletten an die Kinder erfolgt im Katastrophenfall streng nach den Anweisungen der Gesundheitsbehörden und nach Maßgabe Ihrer vorherigen Einverständniserklärung.
Wenn diese Einwilligung vorliegt, kann Ihrem Kind die erste Tagesdosis an Kaliumjodid-Tabletten in der Schule verabreicht werden. Die Einwilligung gilt für die Dauer des Besuchs dieser Einrichtungen.

Bitte lesen Sie vor Ihrer Einwilligung das beiliegende Merkblatt aufmerksam durch!

(Den unteren Abschnitt bitte wieder an der Schule abgeben!)
✁----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**
zur Abgabe von Kaliumjodid-Tabletten an Schulen

Name des Kindes: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen:

🞎 **JA**, ich erteile entsprechend dem beiliegenden Merkblatt für Eltern und Erziehungsberechtigte die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall – nach Aufforderung durch die Gesundheits-behörden – Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeit bzw. Gegenanzeigen zur Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind.

🞎 **NEIN**, ich erteile die Einwilligung nicht.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)