BUNDESrealGYMNASIUM
SEEKIRCHEN

Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an Schulen und Internaten

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte!

Die Bevorratung von Kaliumjodidtabletten ist eine wichtige Vorsorgemaßnahme, um Ihr Kind im Falle eines schweren Kernkraftwerksunfalles vor Schilddrüsenkrebs zu bewahren.

Sie bekommen diese Tabletten für Ihr(e) Kind(er) kostenlos in der Apotheke oder bei Ihrem Hausapotheken führenden Arzt zur Heimbevorratung. Damit können Sie Ihr(e) Kind(er) zu Hause wirkungsvoll schützen, wenn die Gesundheitsbehörden nach einer Reaktorkatastrophe zur Einnahme der Tabletten Auffordern.

Sollte im Falle eines Kernkraftwerksunfalles die Alarmierung jedoch während des Aufenthaltes in der Schule oder im Internat erfolgen, kann Ihr Kind die erste Tagesdosis dort erhalten. Diese Einrichtung halten die erforderlichen Tabletten für Ihr Kind bereit.

Abgabe der Tabletten an die Kinder erfolgt im Kastrophenfall streng nach den Anweisungen der Gesundheitsbehörden und nach Maßgabe Ihrer vorherigen Einverständniserklärung. Wenn diese Einwilligung vorliegt, kann Ihrem Kind die erste Tagesdosis an Kaliumjodidtabletten in der Schule oder im Internat verabreicht werden. In Internaten kann der Verabreichung der Tabletten über mehrere Tage fortgesetzt werden, wenn die Gesundheitsbehörden bei einer Katastrophe dazu auffordern. Die Einwilligung gilt für die Dauer des Besuchs dieser Einrichtung.

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

Hochachtungsvoll

Die Direktion

E I N V E R S T Ä N D N I S E R K L Ä R U N G

zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an Schulen und Internaten

Name des Kindes: …….

Geburtsdatum: …….

Name d. Erzeihungsber.: …….

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ JA, ich erteile entsprechend dem beiliegenden Merkblatt für Eltern und Erziehungsbereichtigte die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden, Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen zur Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.

- ☐ NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht.

……. Datum

……. Unterschrift