**Ein Bild, das Logo, Schrift, Grafiken, Symbol enthält.

Automatisch generierte BeschreibungBERUFSSCHULE STEYR 1**

Otto-Pensel-Straße 14

4400 Steyr

' 0732-7720-37200

Start Silhouette\* [bs-steyr1.post@ooe.gv.at](mailto:bs-steyr1.post@ooe.gv.at)

[www.bs-steyr1.ac.at](http://www.bs-steyr1.ac.at) Version\_01/24

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte!

Seit mehr als 30 Jahren stellt das österreichische Gesundheitsministerium der Bevölkerung kostenlos Kaliumiodid-Tabletten zur Verfügung – so auch Schulen und Kindergärten.

Im Falle einer Freisetzung von radioaktivem Iod durch einen Kernkraftwerksunfall versorgen Kaliumiodid-Tabletten den Körper mit stabilem Iod und verhindern so eine hohe Strahlenbelastung der Schilddrüse.

Die Kaliumiodid-Tabletten schützen nur dann, wenn sie vor Eintreffen von radioaktiven Luftmassen eingenommen werden. So hat der Körper Zeit, den Schutz aufzubauen. Um eine zeitgerechte Verteilung für Ihr Kind gewährleisten zu können, sind die Tabletten bereits an den Bildungseinrichtungen gelagert.

Die Tabletten dürfen nur nach ausdrücklicher Aufforderung durch die Strahlenschutzbehörde verabreicht werden. Die Schule benötigt Ihr Einverständnis, damit Ihrem Kind ausschließlich bei unmittelbarer nuklearer Gefahr das schützende Kaliumiodid von der Schule mit nach Hause – zur Einnahme nach Aufforderung durch die Strahlenschutzbehörden – gegeben werden darf.

Wir ersuchen Sie um Ihre Einwilligung zur Verabreichung der ersten Tagesdosis von Kaliumiodid-Tabletten (der erforderlichen Dosis, wenn Ihr Kind Internatsschüler\*in ist). Sie finden die Einverständniserklärung in deutscher und 12 weiteren Sprache online (Drucksorten: www.schularzt.at).

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

Freundliche Grüße

die Direktion

".........................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Name des\*der Schüler\*in | Vor- und Nachname |
| Geburtsdatum | Geburtsdatum |
| Name des\*der Erziehungsberechtigten | Vor- und Nachname |

**VERABREICHUNG VON KALIUMJODIDTABLETTEN AN DER SCHULE**

**JA**, ich erteile die Einwilligung für die Dauer des Besuchs der Berufsschule, meinem Kind im Katastrophenfall, nach Aufforderung durch die Strahlenschutzbehörden, Kaliumiodid-Tabletten zu verabreichen (siehe Merkblatt). Ich bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten und Gegenanzeigen zur Einnahme der Tabletten bekannt sind, und dass ich bei Bekanntwerden von Unverträglichkeiten oder Gegenanzeigen die Schule unverzüglich verständigen werde.

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

**VORZEITIGE ENTLASSUNG AUS DEM UNTERRICHT BZW. INTERNAT**

**JA**, ich erteile die Einwilligung zur vorzeitigen Entlassung meines Kindes aus der Schule bzw. aus dem Internat für die Heimfahrt bei ausreichender Vorwarnzeit vor dem voraussichtlichen Eintreffen der radioaktiven Wolke der Gefährdungsstufe 2 bis 4 in Kenntnis der Entfernung, der für die Heimfahrt notwendigen Verkehrsmittel und Fahrtdauer.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum |  |
| Ort, Datum | Unterschrift |