



Berufsschule für **FRISUR & MASKENBILD**

Scheydgasse 40, 1210 Wien

Tel.: +43 (0) 599 16-95941

Fax: +43 (0) 599 16-9995941

E-Mail: office@bs-frisurmaske.at

Schulkennzahl: 921045

www.bs-frisurmaske.at

Einverständniserklärung zur Einnahme von Kaliumjodid- Tabletten

Liebe Erziehungsberechtigte!

Der Reaktorunfall von Tschernobyl hat zu einem starken Anstieg von strahlenbedingtem Schilddrüsenkrebs bei Kindern und Jugendlichen in den stark belasteten Gebieten um Tschernobyl geführt. Ursache dafür ist radioaktives Jod, das bei schweren Reaktorunfällen in großen Mengen freigesetzt wird. Nach Aufnahme in den Körper wird es in der Schilddrüse gespeichert und führt dort zu einer hohen lokalen Strahlenbelastung.

Die rechtzeitige Einnahme von Kaliumjodid- Tabletten sättigt die Schilddrüse mit stabilem Jod und verhindert so die Speicherung von radioaktivem Jod. Dadurch werden die Strahlenbelastung der Schilddrüse und damit das Auftreten von strahleninduziertem Schilddrüsenkrebs praktisch auf null gesenkt. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Tabletten vor Eintreffen der radioaktiven Wolke eingenommen werden.

Die rechtzeitige Einnahme von Kaliumjodid- Tabletten bietet einen sehr wirksamen Schutz vor strahleninduziertem Schilddrüsenkrebs.

Um eine rechtzeitige Einnahme zu ermöglichen, werden in Schulen und Internaten Kaliumjodid- Tabletten gelagert. Eine Abgabe an Ihr Kind kann jedoch nur mit Ihrer vorherigen Einwilligung erfolgen. Durch Unterschreiben der untenstehenden Einverständniserklärung können Sie die Abgabe an Ihr Kind ermöglichen.

Bei einem Reaktorunfall erfolgt die Abgabe der Kaliumjodid- Tablette nur nach ausdrücklicher Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden.

Bitte lesen Sie vor Ihrer Einwilligung die beiliegenden Angaben aus der Gebrauchsinformation zu den Kaliumjodid- Tabletten aufmerksam durch.

Die Direktion

Einverständniserklärung

Name des Kindes/ Jugendlichen: _____ Geburtsdatum: _____

Name des/ der Erziehungsberechtigten: _____

- JA, ich erteile die Einwilligung (für die Dauer des Besuches der Einrichtung), meinem Kind nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid- Tabletten zu verabreichen. 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 wird.
- NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht.

Datum: _____ Unterschrift: _____