

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

ZUR ABGABE VON KALIUMJODIDTABLETTEN AN DER SCHULE

Name der Schülerin / des Schülers

Geburtsdatum: Klasse

Name der/des Erziehungsberechtigten

- JA, ich erteile die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall – nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden – Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme bekannt sind.
- NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift