**Einverständniserklärung**

**Kaliumjodid - Verabreichung**

Ich wünsche, dass meine(m)r Sohn/Tochter       im Falle eines Strahlenunfalles

**Kaliumjodidtabletten**

gemäß der ärztlichen Vorschreibung verabreicht werden und bin damit einverstanden, dass diese Erklärung für die Dauer des Schulbesuches gespeichert und verarbeitet wird.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ja** | [ ]  |
| **Nein** | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Eltern/Obsorgeberechtigte |