



# ANMELDEFORMULAR

## Kindergarten der Marktgemeinde Preding 2026/2027

<b>Anmeldedatum:</b>		<b>Foto des Kindes</b>
<b>Anmeldungsart:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Blumengruppe</b> Halbttag 07.00 - 13.00 Uhr	
	<input type="checkbox"/> <b>Sonnenscheingruppe</b> Ganzttag 07.00 - 16.00 Uhr	
	<input type="checkbox"/> <b>Regenbogengruppe</b> Ganzttag 07.00 - 17.00 Uhr	
<b>Kindergarteneintritt am:</b>		<b>Pflichtjahr:</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

*Das Formular „Vereinbarung der Einschreibzeiten“ samt genauer Anmeldezeiten (**Beilage A**) ist gesondert auszufüllen.*

DATEN DES KINDES	
<b>Name:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsort:</b>
<b>Hauptwohnsitz:</b>	<b>wohnt bei:</b> Marktgemeinde PREDING
<b>Staatsbürgerschaft:</b>	<b>Religion:</b>
<b>Erstsprache:</b>	<b>Weitere Sprachen:</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN  Wenn ja, welche?
<b>Wann hat Ihr Kind diese Sprache gelernt?</b>	
<b>Wo und mit wem spricht Ihr Kind diese Sprache?</b>	



# ANMELDEFORMULAR

## Kindergarten der Marktgemeinde Preding 2026/2027

### GESUNDHEITSFragen

**Besondere Krankheiten (Allergien, usw.):**

**Hausarzt:**

**Impfungen (Masern, FSME):**

**Wichtige Informationen (z.B.: Diabetes, Epilepsie, Medikamente, Fieberkrämpfe, Asthma, Herzfehler, Brillenträger, Hörgerät, Ernährung....):**

**Sonstige Anmerkungen:**

### KOSTEN

**Berechnung nach Sozialstaffel wird erbeten**

JA  NEIN

**Erklärung:**

abhängig vom monatlichen Familiennettoeinkommen:

- bis einschließlich € 2.266,50: kostenloser Besuch
- zwischen € 2.266,51 und € 3.777,58: sozial gestaffelte Elternbeiträge (siehe [Beilage B](#))
- über € 3.777,59: maximaler monatlicher Elternbeitrag

**Elternbeiträge für Kinder im verpflichtenden Kindergartenjahr:**

abhängig vom monatlichen Familiennettoeinkommen:

- Halbtagsbesuch (5 bis 6 Stunden täglich): gratis
- Ganztagsbesuch (7 bis 8 Stunden täglich): max. € 60,45/Monat
- Ganztagesbesuch (über 8 Stunden): max. € 120,90/Monat

**Elternbeiträge für Drei- und Vierjährige:**

- Halbtagsbesuch - 5 bis 6 Stunden täglich: € 181,35/Monat
- Ganztagsbesuch - 7 bis 8 Stunden täglich: € 241,80/Monat
- Ganztagesbesuch (über 8 Stunden): max. € 302,25/Monat

**Mittagessen für Ganztageskindergarten:** € 3,50/Essen (Preisänderung vorbehalten)

**Wenn ja, bitte Checkliste ([Beilage C](#)) ausfüllen und Nachweise vorlegen!**

**Achtung:** Falls Eltern keine oder unzureichende Einkommensnachweise vorweisen (zum Beispiel, wenn nur der Einkommensnachweis eines Elternteiles vorgelegt wird, obwohl auch der zweite im gemeinsamen Haushalt lebende Elternteil ein Einkommen bezieht), wird der Elternbeitrag der höchsten Einkommensstufe vorgeschrieben.



# ANMELDEFORMULAR

## Kindergarten der Marktgemeinde Preding 2026/2027

**DATEN DER ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTE(N)**

**1. Erziehungsberechtigte(r)**

**NAME:** \_\_\_\_\_

**Familienstand**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> LEDIG       | <input type="checkbox"/> GESCHIEDEN seit _____      |
| <input type="checkbox"/> VERHEIRATET | <input type="checkbox"/> GETRENNT LEBEND seit _____ |
| <input type="checkbox"/> VERWITWET   | <input type="checkbox"/> LEBENSGEMEINSCHAFT         |

**2. Erziehungsberechtigte(r)**

**NAME:** \_\_\_\_\_

**Familienstand**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> LEDIG       | <input type="checkbox"/> GESCHIEDEN seit _____      |
| <input type="checkbox"/> VERHEIRATET | <input type="checkbox"/> GETRENNT LEBEND seit _____ |
| <input type="checkbox"/> VERWITWET   | <input type="checkbox"/> LEBENSGEMEINSCHAFT         |

Ich bin **alleinerziehend** (2. Elternteil lebt nicht im gemeinsamen Haushalt) seit \_\_\_\_\_

Ich erhalte **Unterhaltszahlungen** für mein Kind. (Nachweis erforderlich)

<b>Mutter:</b>	<b>Vater:</b>	<b>Lebensgefährte/in:</b>
<b>Name:</b>	<b>Name:</b>	<b>Name:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Telefon:</b>



# ANMELDEFORMULAR

## Kindergarten der Marktgemeinde Preding 2026/2027

<b>Adresse:</b>	<b>Adresse:</b>	<b>Adresse:</b>
<b>E-Mail:</b>	<b>E-Mail:</b>	<b>E-Mail:</b>
<b>Beruf:</b>	<b>Beruf:</b>	<b>Beruf:</b>
<b>Dienstgeber:</b>	<b>Dienstgeber:</b>	<b>Dienstgeber:</b>
<b>Arbeitszeit:</b>	<b>Arbeitszeit:</b>	<b>Arbeitszeit:</b>

<b>Selbstständig / Kleinunternehmer</b>							Mutter	Vater
(Nachweis über die Ausübung des Gewerbes von der BH)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungsausmaß	100%			40 Std/Wo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungsausmaß	90%	bis	99%	36 Std/Wo	bis	40 Std/Wo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungsausmaß	80%	bis	89%	32 Std/Wo	bis	36 Std/Wo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungsausmaß	70%	bis	79%	28 Std/Wo	bis	32 Std/Wo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungsausmaß	60%	bis	69%	24 Std/Wo	bis	28 Std/Wo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungsausmaß	50%	bis	59%	20 Std/Wo	bis	24 Std/Wo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungsausmaß	40%	bis	49%	16 Std/Wo	bis	20 Std/Wo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungsausmaß	30%	bis	39%	12 Std/Wo	bis	16 Std/Wo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungsausmaß	20%	bis	29%	8 Std/Wo	bis	12 Std/Wo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungsausmaß	10%	bis	19%	4 Std/Wo	bis	8 Std/Wo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildung, (Lehre, Schule, Studium, Kurs, etc.) (Bestätigung erforderlich)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslos seit _____ (Bestätigung erforderlich)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karenz bis _____ (Bestätigung erforderlich)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# ANMELDEFORMULAR

## Kindergarten der Marktgemeinde Preding 2026/2027

GESCHWISTER		
Name:	Geburtsdatum:	Kindergarten/Schule/Arbeit:
IM NOTFALL ZU VERSTÄNDIGEN		
Name:	Telefon:	
Versicherungsnummer (E-Card) des Kindes:		
Mein Kind ist mitversichert bei:		

Seitens der Gemeinde gibt es ab einer Entfernung von **mehr als 2 km** vom Kindergarten Preding, die Möglichkeit einen Fahrtkostenzuschuss zu beantragen. (Beilage D)

**Bitte Datenänderungen (Telefonnummer, Adresse, Erziehungsberechtigte, etc.) SOFORT bekanntgeben!**

Reihung der Anmeldungen erfolgt nach Verfügbarkeit und Anmeldedatum.

Der Schnuppertag im Kindergarten ist für Neueinsteiger am Mittwoch, 17.06.2026 um 14:30-16:30

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und nehme den Inhalt zur Kenntnis.

....., am .....  
Ort Datum

.....  
Unterschrift(en)



# Vereinbarung der Einschreibezeiten

Kindergarten der Marktgemeinde Preding

Name des Kindes/der Kinder: .....

Beginn der Kindergartenbesucht: ab .....

## Gesamtzeit – Aufenthalt im Kindergarten:

Montag	von	_____	Uhr bis	_____	Uhr
Dienstag	von	_____	Uhr bis	_____	Uhr
Mittwoch	von	_____	Uhr bis	_____	Uhr
Donnerstag	von	_____	Uhr bis	_____	Uhr
Freitag	von	_____	Uhr bis	_____	Uhr

Die Einschreibezeiten bleiben grundsätzlich für den gesamten Kindergartenbesuch aufrecht. Bei Änderungen ist Formular vollständig neu auszufüllen. Nur die aktuellste Übersicht hat Gültigkeit, ggf. zuvor vorhandene Versionen werden damit ersetzt.

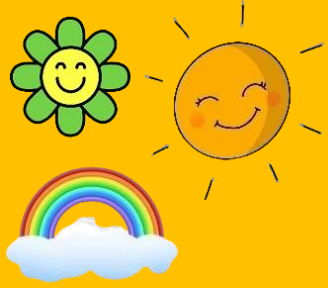
Verpflegung mit warmen Mittagessen:  ja  nein

(zutreffendes ankreuzen – gilt nur für Ganztagesanmeldungen)

**(pro Menü € 3,50)** Preisänderungen vorbehalten

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten



# Vereinbarung der Einschreibzeiten

Kindergarten der Marktgemeinde Preding

## Für Rückfragen:

Abteilung 6 – Bildung und Gesellschaft  
Referat Kinderbildung und -betreuung  
E-Mail: [kin@stmk.gv.at](mailto:kin@stmk.gv.at)



Das Land  
Steiermark

## Institutionelle Kinderbildungs –und -betreuungseinrichtungen Vereinbarung der Einschreibzeiten

*Dieses Formular bleibt in der Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung.*

Die Daten dienen zum Vollzug der Bestimmungen des Steiermärkischen Kinderbildungs- und -betreuungsgesetzes (StKBBG), LGBl. Nr. 95/2019, in der jeweils geltenden Fassung, und des Steiermärkischen Kinderbetreuungsförderungsgesetzes (StKBFG), LGBl. Nr. 94/2019, in der jeweils geltenden Fassung.

Insbesondere zur Vorlage bei Aufsichtsbesuchen durch die pädagogische Fachaufsicht gemäß § 48 Abs. 1 des StKBBG.

Art und Bezeichnung der Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung

Anschrift

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

\*) Das ist eine verpflichtende Angabe für Kinder, die sich im verpflichtenden Kindergartenjahr befinden bzw. die Sozialstaffel des Landes in Anspruch nehmen.

Postleitzahl des Wohnortes des Kindes \_\_\_\_\_

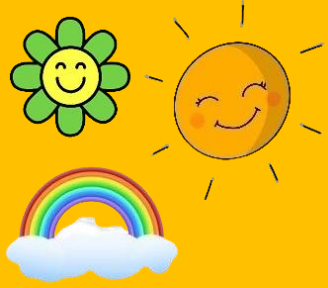
\*) Das ist eine verpflichtende Angabe für Kinder, die sich im verpflichtenden Kindergartenjahr befinden bzw. die Sozialstaffel des Landes in Anspruch nehmen.

\*) Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name der/des  
Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

\*) Anmeldung für

vormittags	<input type="checkbox"/>
nachmittags	<input type="checkbox"/>
ganztägig	<input type="checkbox"/>



# Vereinbarung der Einschreibzeiten

## Kindergarten der Marktgemeinde Preding

\*) Zeitraum (Datum): von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\*) Einschreibzeiten (genaue Uhrzeit): von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die Aufenthaltsdauer des einzelnen Kindes hat ab dem Kinderbetreuungsjahr 2020/21 gemäß § 13 Abs. 2 StKBGG höchstens 10 Stunden zu betragen.

\*) Höhe des monatlichen Elternbeitrages: \_\_\_\_\_

\*) Schulbesuch  
(betrifft Alterserweiterte Gruppen, Kinderhäuser, Horte):  ja  nein

\*) Behinderung laut Behindertengesetz:  ja  nein  
Das ist eine verpflichtende Angabe für Kinder, die einen Heilpädagogischen Kindergarten besuchen

Ich nehme mit meiner Unterschrift zur Kenntnis, dass:

- die Daten automationsunterstützt verarbeitet werden.
- die Erhalterin/der Erhalter der Kinderbetreuungseinrichtung jene Angaben, die für den Vollzug des Steiermärkischen Kinderbildungs- und -betreuungsgesetzes sowie des Steiermärkischen Kinderbetreuungsförderungsgesetzes erforderlich sind, an das Land Steiermark zum Zweck der Überprüfung übermittelt. Diese Daten sind auf dem Formular gekennzeichnet (\*).
- Daten jener Kinder, die am Stichtag 15.10. eines Jahres in einer Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung eingeschrieben sind, in anonymisierter Form an die Statistik Austria für die Erstellung der österreichischen Kindertagesheimstatistik übermittelt werden.  
Dabei handelt es sich um folgende Daten: Geburtsmonat und -jahr des Kindes sowie die Einschreibung für den Vormittag, Nachmittag oder Ganztag.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten



# Vereinbarung der Einschreibzeiten

Kindergarten der Marktgemeinde Preding

## Institutionelle Kinderbildungs –und -betreuungseinrichtungen Vereinbarung der Einschreibzeiten

*Diese Daten dienen zu statistischen Zwecken.*

- Ich erteile meine Einwilligung, dass die mit o) gekennzeichneten Daten von der Erhalterin/dem Erhalter der Kinderbetreuungseinrichtung verarbeitet und dem Land Steiermark übermittelt werden dürfen. Weiters erteile ich meine Einwilligung, dass die Daten jener Kinder, die am Stichtag 15.10. eines Jahres in einer Kinderbildungs- und –betreuungseinrichtung eingeschrieben sind, in anonymisierter Form der Statistik Austria für die Erstellung der österreichischen Kindertagesheimstatistik übermittelt werden dürfen.

Diese Einwilligung kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung, per Mail oder FAX an die Erhalterin/den Erhalter der Kinderbetreuungseinrichtung widerrufen werden. Die Erhalterin/Der Erhalter übermittelt dies an das Land Steiermark.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der auf ihrer Grundlage bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

- o) Geschlecht des Kindes:  männlich  weiblich  divers  inter  offen
- o) Muttersprache des Kindes:  deutsch  nicht deutsch
- o) Mittagessen in der Einrichtung:  ja  nein
- o) Kind kommt aus Standortgemeinde der Kinderbetreuungseinrichtung  ja  nein
- o) Staatsbürgerschaft des Kindes: \_\_\_\_\_
- o) Behindert laut Behindertengesetz:  ja  nein

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten



# ABHOLERLAUBNIS

für die gesamte Kindergartenzeit  
bis zum Schuleintritt

Hiermit erteilen ich/wir,

\_\_\_\_\_  
*Name(n) d. Erziehungsberechtigten*

den unten aufgelisteten Personen die Erlaubnis, mein/unser Kind

\_\_\_\_\_  
*Name des Kindes*

aus dem Kindergarten abzuholen.

## **Berechtigte Personen:**

Name	Verwandtschafts- bzw. Bekanntschftsgrad	Telefonnummer

Bei Änderungen ist die Abholerlaubnis vollständig neu auszufüllen. Nur die aktuellste Übersicht hat Gültigkeit, ggf. zuvor vorhandene Versionen werden damit ersetzt.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift(en) d. Erziehungsberechtigten*



# Zahlungspflichtiger + Abbuchungsermächtigung

## Kindergarten Preding

Alle Rechnungen betreffend Kindergartenbesuch meines Kindes (monatliche Kindergartenbeitrag, Bastelbeitrag, Essen usw.) sollen auf den Namen

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

(Vertragspartner - es ist nur die Angabe einer Person möglich)

ausgestellt werden.

### NAME DES KINDES

<input type="checkbox"/> <b>Sonnenscheingruppe</b> (Ganztage bis 16 Uhr)	<input type="checkbox"/> <b>Regenbogengruppe</b> (Ganztage bis 17 Uhr)
<input type="checkbox"/> <b>Blumengruppe</b> (Halbtage)	

### ABBUCHUNGSERMÄCHTIGUNG

Ich (Wir) willige(n) ein, dass

- die Essenskosten **verpflichtend** (betrifft nur Ganztagesanmeldungen)
- der monatliche Kindergartenbeitrag sowie die halbjährlichen Bastelbeiträge usw.

von \_\_\_\_\_ meinem \_\_\_\_\_ (unserem) \_\_\_\_\_ Konto

IBAN \_\_\_\_\_ abgebucht wird. Das

Konto lautet auf den Namen \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten



# Einwilligungserklärung für Fotos / Videos

gemäß DSGVO (Datenschutzgrundverordnung)

## **Angaben zum Verantwortlichen:**

Name: Gemeinde Preding  
Anschrift: Grazer Straße 11, 8504 Preding  
E-Mail-Adresse: [gde@preding.eu](mailto:gde@preding.eu)

## **Angaben zum Datenschutzbeauftragten:**

Name: KD – Kommunale Datenschutz GmbH Steiermark  
Anschrift: Stadionplatz 2, 8041 Graz  
E-Mail-Adresse: [office@kd-gmbh.at](mailto:office@kd-gmbh.at)

## **Angaben zur betroffenen Person (Kindergartenkind):**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Ich, \_\_\_\_\_ willige ein, dass Bild- und Videoaufnahmen von **meinem Kind** angefertigt und wie folgt veröffentlicht werden dürfen:

- Lokale Fotos für Geburtstagskalender, Monatsrückblicke, Dekoration usw. im Kindergartengebäude und für Portfolio sowie auf Kidsfox – Mappen zur Darstellung des Kindergarten-Lebens (Jahresmappen) – auch in Portfolio-Mappen anderer Kinder, wenn ein gemeinsames Foto gemacht wurde.
- Gemeindezeitung (Papierversion; Link auf Facebook und Cities App) zur Darstellung des Soziallebens in der Gemeinde.
- Kurze Beiträge des Kindergartenalltags über die Cities App
- Homepage der Gemeinde ([www.preding.eu](http://www.preding.eu), Gemeindezeitung im Internet) zur Darstellung des Soziallebens in der Gemeinde.
- USB - Stick (für alle Eltern der Kindergartenkinder)

NICHT GEWÜNSCHTE PUNKTE BITTE DURCHSTREICHEN



# Einwilligungserklärung für Fotos / Videos

gemäß DSGVO (Datenschutzgrundverordnung)

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit von mir bei der Gemeinde Preding, Grazer Straße 11, 8504 Preding oder per E-Mail an [gde@preding.eu](mailto:gde@preding.eu) widerrufen werden.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

**Rechte:** Als von einer Datenverarbeitung betroffene Person, steht Ihnen das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Widerspruch und Datenübertragbarkeit, im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu. Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an:

**Marktgemeinde Preding  
Grazer Straße 11  
8504 Preding**

Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in irgendeiner Weise verletzt worden sind, steht es Ihnen frei, bei der österreichischen Datenschutzbehörde (Barichgasse 40-42, 1030 Wien, [dsb@dsb.gv.at](mailto:dsb@dsb.gv.at)) Beschwerde zu erheben.

Marktgemeinde  
PREDING

---

Ort, Datum

Unterschrift



# Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte!

Die Bevorratung von Kaliumjodidtabletten ist eine wichtige Vorsorgemaßnahme, um Ihr Kind im Fall eines schweren Kernkraftwerkunfalls 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 Kernkraftwerkunfalls die Alarmierung jedoch während des Aufenthaltes im Kindergarten, Hort oder Kinderheim erfolgen, kann Ihr Kind die erste Tagesdosis bereits dort erhalten. Diese Einrichtungen halten die erforderlichen Tabletten für Ihr Kind bereit.

Die Abgabe der Tabletten an die Kinder erfolgt im Katastrophenfall streng nach den Anweisungen der Gesundheitsbehörden und nach Maßgabe Ihrer vorherigen Einverständniserklärung.

Wenn diese Einwilligung vorliegt, kann Ihrem Kind die erste Tagesdosis an Kaliumjodidtabletten im Kindergarten, Hort oder Kinderheim verabreicht werden. In Kinderheimen kann die 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 Einrichtungen.

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

Hochachtungsvoll

Die Leitung



# Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen und diese Seite wieder im Kindergarten abgeben.

Name des Kindes	
Geburtsdatum	
Name der/des Erziehungsberechtigten	

Zutreffendes bitte ankreuzen

- JA**, ich erteile entsprechend dem beiliegenden Merkblatt für Eltern und Erziehungsberechtigte 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 zur Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.
- NEIN**, ich erteile die Einwilligung nicht.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)



# Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten

## Merkblatt für Eltern und Erziehungsberechtigte

### Abgabe von Kaliumjodidtabletten nach Kernkraftwerksunfällen

#### Warum sollen Kaliumjodidtabletten eingenommen werden?

Die Reaktorkatastrophe von Tschernobyl hat nach den bisherigen Erkenntnissen in Weißrussland, der Ukraine und Teilen Russlands zu einer dramatischen Zunahme von Schilddrüsenkrebs bei Kindern geführt. In hochbelasteten Regionen wurde ein Vielfaches der sonst üblichen Häufigkeit dieser Krebsart festgestellt.

Radioaktives Jod kann nach schweren Reaktorunfällen in großer Aktivität freigesetzt und bei grenznahen Reaktoren und ungünstiger Wetterlage auch zu uns verfrachtet werden.

Kaliumjodidtabletten, rechtzeitig eingenommen, bieten einen wirksamen Schutz gegen die Aufnahme von radioaktivem Jod in die Schilddrüse und daher gegen Schilddrüsenkrebs. Die Bevorratung dieser Tabletten stellt somit eine wichtige Strahlenschutzmaßnahme dar.

Zum Schutz vor anderen radioaktiven Stoffen und gegen äußere Strahlung werden andere Strahlenschutzmaßnahmen gesetzt.

#### Wann sollen Kaliumjodidtabletten eingenommen werden?

DIE TABLETTE DÜRFEN IM KATASTROPHENFALL NUR AUF AUFRUF DER BEHÖRDEN VERABREICHT WERDEN.

Eine derartige öffentliche Aufforderung ist nur zu erwarten, wenn

- es in Grenznähe zu einem schwersten Kernkraftwerksunfall kommt, bei dem massiv radioaktives Jod freigesetzt wird und
- auf Grund der Wetterbedingungen mit einer massiven Verfrachtung des radioaktiven Jods nach Österreich zu rechnen ist.

Die Aufforderung kann auch während des Aufenthaltes Ihres Kindes im Kindergarten, Hort oder Kinderheim erfolgen.

**In diesem Fall ist die rasche Verabreichung der ersten Tagesdosis bereits im Kindergarten, Hort oder Kinderheim für den Schutz Ihres Kindes wichtig.** Aus diesem Grund wird dort die erste Tagesdosis Kaliumjodid für Ihr Kind bereitgehalten. Für Kinder in Kinderheimen liegt eine komplette Einzelpackung zu 10 Tabletten auf.

**Für die Abgabe der Kaliumjodidtabletten an Ihr Kind im Kindergarten-, Hort- und Kinderheimbereich ist das Vorliegen Ihres Einverständnisses erforderlich.**



# Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten

## Folgender Ablauf ist in einem Katastrophenfall vorgesehen:

- BEI GEFAHR IN VERZUG WARNUNG DURCH SIRENE ODER LAUTSPRECHERWAGEN
- RADIO/TV EINSCHALTEN
- NUR NACH AUSDRÜCKLICHER BEHÖRDLICHER AUFFORDERUNG KALIUMJODIDTABLETTEN AN DIE KINDER MIT VORLIEGENDER EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG AUSTEILEN
- WEITERE BEHÖRDLICHE VERHALTENSMASSREGELN ABWARTEN BZW. BEFOLGEN

## Wer soll Kaliumjodidtabletten einnehmen?

Die Erfahrungen nach Tschernobyl und bisherige wissenschaftliche Erkenntnisse haben gezeigt, dass Kinder und Jugendliche durch massive Freisetzungen von radioaktivem Jod besonders gefährdet sind, an Schilddrüsenkrebs zu erkranken.

Daher ist die öffentliche Bevorratungsaktion speziell auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet.

## Wie werden die Tabletten dosiert bzw. eingenommen (Tagesdosis)?

Die Tabletten bzw. Tablettenteile werden zerdrückt und mit etwas Flüssigkeit, eventuell mit einer kleinen Mahlzeit, eingenommen. 1 Tablette enthält 65 mg Kaliumjodid; die Tabletten können bei Bedarf halbiert und geviertelt werden.

## Dosierung

Neugeborene (1. Lebensmonat)	Einmalig $\frac{1}{4}$ Tablette
Kleinkinder (vom Beginn des 2. Lebensmonats bis unter 3 Jahren)	$\frac{1}{2}$ Tablette pro Tag
Kinder von 3 bis unter 12 Jahren	1 Tablette pro Tag
Jugendliche von 12 bis unter 18 Jahren	2 Tabletten pro Tag
Schwangere und Stillende	Einmalig 2 Tabletten
Personen von 18 bis unter 40 Jahren	Einmalig 2 Tabletten

## Gegenanzeigen

Fragen Sie bitte im Zweifelsfall Ihre Ärztin/Ihren Arzt!

Kaliumjodid 65mg -Tabletten dürfen nicht eingenommen werden bei:

- Bekannter Überempfindlichkeit gegen Jod, wie z.B. Jododerma tuberosum (dunkelrote, runde, schwammig weiche Hautveränderungen mit geschwürartiger, verkrusteter Oberfläche)



# Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten

- Bekannter Überempfindlichkeit gegen einen anderen Bestandteil des Präparates Früheren oder derzeitigen Erkrankungen der Schilddrüse (z.B. Überfunktion der Schilddrüse)
- Dermatitis herpetiformis (chronisch wiederkehrende Hauterkrankung mit herpesähnlicher Blasenbildung, Ausschlag und brennendem Juckreiz)
- Hypokomplementämischer Vaskulitis (allergisch bedingte Entzündungen der Blutgefäßwände)

Teilen Sie bitte auch Änderungen bezüglich des Vorliegens von Gegenanzeigen umgehend der Leitung des Kindergartens, Hortes oder Kinderheimes mit.

## Besondere Warnhinweise

Besondere Vorsicht ist geboten bei Personen mit

- Asthma bronchiale
- Herzinsuffizienz
- Nierenfunktionsstörungen
- Autoimmunkrankheiten.

In diesen Fällen fragen Sie bitte Ihre Ihre Ärztin/Ihren Arzt, ob die Einnahme von Kaliumjodid bei Ihrem Kind angezeigt ist. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird dazu die notwendigen Untersuchungen durchführen oder veranlassen und mit Ihnen die Möglichkeit der Einnahme der Tabletten vorab klären. Beachten Sie in diesen Fällen gegebenenfalls auch die Notwendigkeit von Kontrolluntersuchungen bei Ihrem Kind nach der Einnahme der Tabletten, die Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt absprechen sollten.

## Nebenwirkungen

Unmittelbar nach der Einnahme von Kaliumjodidtabletten kann eine leichte Reizung der Magenschleimhaut auftreten, wenn die Tabletten auf nüchternen Magen eingenommen werden. Die Tabletten sollen daher in etwas Flüssigkeit gelöst und eventuell mit einer kleinen Mahlzeit eingenommen werden.

Einige Stunden nach der Einnahme von Kaliumjodidtabletten können vor allem Überempfindlichkeitsreaktionen auftreten: Hautrötungen, vorübergehende Rötung des Gesichts, Verschlechterung bestehender Hauterkrankungen, Jodakne, Entzündungen des Zahnfleisches, der Bindehaut oder der Nasenschleimhaut (Schnupfen), vermehrte Schleimbildung in den Bronchien.

Kaliumjodid kann Erkrankungen der Schilddrüse auslösen. Wenn einige Tage bis Wochen nach der Einnahme von Kaliumjodidtabletten bei Ihrem Kind erhöhter Puls oder Schweißausbrüche auftreten, suchen Sie bitte Ihre Ärztin/Ihren Arzt auf.

In Polen waren nach der Reaktorkatastrophe von Tschernobyl Jodpräparate an mehr als 10 Mill. Kinder und mehr als 6 Mill. Erwachsene verabreicht worden. Die beobachteten Nebenwirkungen waren dabei mild und vorübergehend.



# Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten

Im Zweifelsfall halten Sie bitte Rücksprache mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt. Sollte eine der oben angeführten Krankheiten oder Unverträglichkeiten bei Ihrem Kind festgestellt werden, melden Sie dies bitte umgehend der Leitung von Kindergarten, Hort oder Kinderheim.

Bei Auftreten von Nebenwirkungen muss ärztlicher Rat eingeholt werden.





Gemäß § 30 Abs. 1 des Steiermärkisches Kinderbildungs- und -betreuungsgesetz i.d.g.F. haben die Eltern die Pflicht, Kinder im Alter bis zum Schuleintritt in die Betreuungseinrichtung zu bringen und von dort rechtzeitig im Sinne des § 13 Abs. 2 (genauere Erläuterungen können Sie bei der/KindergartenpädagogIn einholen) abzuholen oder dafür zu sorgen, dass diese Kinder auf dem Weg zur und von der Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung von einer geeigneten Person begleitet werden.

Gemäß § 30 Abs. 2 des Steiermärkisches Kinderbildungs- und -betreuungsgesetz haben der/die Erziehungsberechtigte/n dafür zu sorgen, dass der Besuch der Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung nach den festgesetzten Öffnungszeiten regelmäßig erfolgt.

---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift(en) d. Erziehungsberechtigten*

Als Erziehungsberechtigte/r erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind ab Ausflügen, Exkursionen, Ausgängen sowie pädagogischen Projekten (z.B. Waldprojekt, Englischprojekt, Afrikaprojekt,...) und an den Aktivitäten des IZB-Teams (Integrative Zusatzbetreuung) teilnimmt.

---

*Name des Kindes*

---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift(en) d. Erziehungsberechtigten*