



# Gemeindegarten Gitschtal

## KIND

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Austrittsdatum: \_\_\_\_\_

Halbtagskindergarten

Ganztagskindergarten

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

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte(r): \_\_\_\_\_

Obsorgeberechtigte(r): \_\_\_\_\_

Wichtige Personen (Hausarzt): \_\_\_\_\_

## FAMILIENMITGLIEDER

### MUTTER

### VATER

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erstsprache: \_\_\_\_\_

Erstsprache: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

DienstgeberIn: \_\_\_\_\_

DienstgeberIn: \_\_\_\_\_

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

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Geschwister (Name, Alter): \_\_\_\_\_

Abholberechtigte Personen (Großeltern, Geschwister, etc.): \_\_\_\_\_

Wichtige Telefonnummern: \_\_\_\_\_

Anlage KIGA-Kind	
Vorname:	
Nachname:	
SV-Nr.:	
Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Andere:
Sprache:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> mehrsprachig (deutsch als Muttersprache) <input type="checkbox"/> nicht deutsch <input type="checkbox"/> mehrsprachig (deutsch nicht als Muttersprache)
Gruppe	<input type="checkbox"/> Altersübergreifende Gruppe (2 – 4 Jahre) <input type="checkbox"/> Gruppe 1 (4 – 6 Jahre)
Eingetreten am:	
Integration:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Einzelintegration <input type="checkbox"/> Integrationsgruppe Anzahl Reduktion <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> _____
Mutter - alleinerziehend:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mutter – berufstätig:	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> Vollzeit beschäftigt <input type="checkbox"/> Teilzeit beschäftigt <input type="checkbox"/> Karenz
Vater – alleinerziehend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vater – berufstätig	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> Vollzeit beschäftigt <input type="checkbox"/> Teilzeit beschäftigt <input type="checkbox"/> Karenz
Sprachstand:	<input type="checkbox"/> Sprachförderbedarf <input type="checkbox"/> Sprachförderung durch zusätzliche Pädagogin

## BEMERKUNGEN ZUM KIND

### Entwicklungsgeschichte:

Komplikationen/Probleme in der Schwangerschaft ..... ja / nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Komplikationen/Probleme bei der Geburt ..... ja / nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Stillen:  ja, wie lange \_\_\_\_  nein

Bewegungsentwicklung: \_\_\_\_\_

Zu laufen begonnen: \_\_\_\_\_ Krabbeln:  ja  nein

Sprachentwicklung \_\_\_\_\_

Seit wann sauber?  tagsüber \_\_\_\_\_  nachts \_\_\_\_\_

Schlafgewohnheiten: \_\_\_\_\_

schläft allein  hat einen Schnuller  schläft auch auswärts  Mittagsschlaf  
Essgewohnheiten: \_\_\_\_\_

### Gesundheitliche Faktoren:

Allergien ..... ja / nein

Asthma ..... ja / nein      Epilepsie..... ja / nein

Fieberkrämpfe ..... ja / nein      Neurodermitis... ..... ja / nein

Pseudokrapp ..... ja / nein      Zuckerkrankheit... ..... ja / nein

Kinderkrankheiten.....

.....

Hörhilfe ..... ja / nein      Sehhilfe..... ja / nein

Zahnärztl. Behandlung/ Kieferstellung ..... ja / nein

Unfälle ..... ja / nein      Krankenhausaufenthalte..... ja / nein

Medikamente..... ja / nein

Impfungen:  BCG (Tuberkulose)  Diphtherie + Tetanus + Pertussis + Hämoph.

Polio  Masern + Mumps + Röteln  Hepatitis  FSME (Zecken)  Meningokokken

Pneumokokken

### KALIUMIODID-TABLETTEN (Jodtabletten)

Ich bin mit der Verabreichung der Kaliumiodid-tabletten im Ernstfall  ja

einer großräumigen radioaktiven Verunreinigung einverstanden.  nein

### Unterschriften

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigter:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Kindergartenleitung

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## MERKBLATT FÜR ELTERN UND ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

### Abgabe von Kaliumjodidtabletten nach Kernkraftwerksunfällen

#### Warum sollten 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 TABLETTEN DÜRFEN IM KATASTROPHENFALL NUR NACH AUSDRÜCKLICHER AUFFORDERUNG DURCH DIE GESUNDHEITSBEHÖRDEN EINGENOMMEN BZW. 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.

#### 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

#### Empfohlene Menge

Neugeborene (1. Lebensmonat)	Einmalig 1/4Tablette
Kleinkinder (vom Beginn des 2. Lebensmonats bis unter 3 Jahren)	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)
- 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 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.

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.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ABGABE VON KALIUMJODIDTABLETTEN  
AN KINDERGÄRTEN, HORTEN UND KINDERHEIMEN

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 Kindergartenleitung

---

E I N V E R S T Ä N D N I S E R K L Ä R U N G  
Z U R A B G A B E V O N K A L I U M J O D I D T A B L E T T E N  
A N K I N D E R G Ä R T E N , H O R T E N U N D K I N D E R H E I M E N

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)

# ERSTVERSORGUNG BEI UNFÄLLEN IM KINDERGARTEN – DR. RANGGER

Einverständniserklärung für die sofortige Erstversorgung meines Kindes bei  
Unfällen im Kindergarten

Name des Kindes: .....

Name der Erziehungsberechtigten: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

## Einverständniserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass von meinem Kind \_\_\_\_\_  
mit Kiga Fotos gemacht werden und diese im Kiga, in regionalen Zeitungen, auf  
der Gitschtaler Homepage (AS 1), ... verwendet werden.

Unterschrift: \_\_\_\_\_



## Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte

Da die EU-Verordnung 1169/11 zur Umsetzung der Allergennachweise bei offenen Lebensmitteln bereits am 13. Dezember 2014 in Kraft trat und diese Verordnung auch uns im Kindergarten betrifft, möchten wir sie darauf hinweisen, dass bei Geburtstagen der Kinder keine selbst gebackenen Kuchen oder Torten ohne Kennzeichnung der Allergene mehr ausgegeben werden können. Wenn ihr euch aber entschließt, trotz hohem Zeitaufwand, (schriftliche Bekanntgabe der Allergene) uns mit etwas Selbstgebackenen zu verwöhnen, müsste ich ein bis zwei Tage vor die Bekanntgabe der Allergene erhalten, um diese im Kindergarten auszuhängen bzw. den Buskindern zur Info mitzuschicken.

Umgehen könnten wir diesen Allergennachweis wenn Geburtstagsfeiern unter „Feste“ fallen, da diese von der Regelung ausgenommen sind. Dafür brauchen wir aber ihr Einverständnis.

Bei Ihrem Einverständnis bitte in den Kindergarten zurück schicken.

Mit lieben Grüßen

Das Team vom Kindergarten

✂

-----  
Bitte hier abtrennen

## Einverständniserklärung

Ich, ....., bin damit einverstanden, dass das Geburtstag feiern

Name des Erziehungsberechtigten

im Kindergarten unter Thema Feste fällt und somit von der EU-Verordnung 1169/11 ausgenommen ist.

Mein Kind..... darf Selbstgebackenes, Gekochtes und offene

Name des Kindes

Nahrungsmittel (Süßigkeiten), welche nicht mit Allergenen gekennzeichnet sind, im Kindergarten konsumieren.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

# Liebe Eltern!

Wir möchten Sie noch einmal auf folgende wichtigen Hinweise aufmerksam machen:

- Bitte bringen Sie Ihr Kind immer bis zur Gruppe und übergeben Sie es der gruppensführenden Kindergärtnerin! (Gleiche Situation beim Abholen) Kinder unter 18 Jahren sind nicht berechtigt Kindergartenkinder abzuholen.
- Buskinder: Bitte bringen Sie Ihr Kind zur Bushaltestelle und holen es zu Mittag von dort wieder ab. Kinder unter 18 Jahren sind nicht berechtigt Kindergartenkinder abzuholen.
- Falls Ihr Kind wegen einer Krankheit oder anderen Gründen nicht in den Kindergarten kommen kann, so melden Sie dies bitte bis spätestens 9:00 Uhr im KINDERGARTEN!

Unsere Telefonnummern: +43 6769214467 & 04286/ 212-25

Auch bei sonstigen Fragen, Wünschen, Problemen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Liebe Grüße

Das Kindergartenteam

Kindergartenleitung  
Der Gemeinde GITSCHTAL  
9622 WEISSBRIACH

Ort: ..... Datum: .....

Als Erziehungsberechtigte(r) des Kindes ....., geb. am .....

Wohnhaft in .....

verpflichte mich, die Kindergartenordnung einzuhalten.

.....  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

**Einverständniserklärung**  
**hinsichtlich des Informationsaustausches zwischen**  
**Kindergarten - Volksschule**

Ich bin damit einverstanden, dass hinsichtlich meines Vorschulkindes ein Informationsaustausch zwischen Kindergarten und Schule stattfindet und dass die Beobachtungsbögen zur Erfassung der Sprachkompetenz an die Schule weitergegeben werden.

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

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Mein Kind namens \_\_\_\_\_ weist hinsichtlich  
nachfolgender Substanzen bzw. Botenstoffe eine allergische Reaktion auf:

- Insektengift ( zB. Bienenstich...)
- Blütenpollen
- Tierhaare
- Hausstaub

Lebensmittelallergien:

- Ei
- Milch
- Fisch
- Soja
- Gluten
- Nüsse

Bitte weitere Substanzen bzw. Botenstoffe selbständig eintragen:

- \_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

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

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Mein Kind hat eine Zeckenschutzimpfung erhalten

- Ja
- Nein

Mein Kind darf ohne Zeckenschutzimpfung an Ausflügen... des Kindergartens teilnehmen.

- Ja
- Nein

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_