

## **KALIUM JODID TABLETTEN**

- Ich erteile die Bewilligung, dass meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörde diese Tabletten verabreicht werden dürfen. Ich bestätige außerdem, dass keine Unverträglichkeiten zur Einnahme bekannt sind.
- Ich erteile die Einwilligung nicht.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Name des Kindes:

Unterschrift des (der) Erziehungsberechtigten:

Datum: