



KIND:

Familienname:	Vorname:	männlich weiblich
Staatsbürgerschaft:	Religion:	Geburtsort:
Geburtsdatum:	Sprache(n) des Kindes:	
Straße:		PLZ/Ort:

ELTERN bzw. ERZIEHUNGSBERECHTIGTE PERSONEN:

MUTTER:

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Berufstätigkeit: Vollzeit* Teilzeit* (%) Karenz Hausfrau Dienstgeber:		Im gemeinsamen Haushalt mit dem Kind lebend: Ja Nein Alleinerziehend: Ja Nein
E-Mail:		Telefon:

VATER:

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Berufstätigkeit: Vollzeit* Teilzeit* (%) Karenz Hausmann Dienstgeber:		Im gemeinsamen Haushalt mit dem Kind lebend: Ja Nein Alleinerziehend: Ja Nein
E-Mail:		Telefon:

GESCHWISTER:

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

NICHT ZUR ABHOLUNG BERECHTIGTE PERSONEN:

Familienname:	Vorname:

RECHNUNGSEMPFÄNGER: der angeführten Person wird die Rechnung zugestellt und von dieser Person braucht es bei Wunsch auch eine eigene Zustimmungserklärung für die Einzugsermächtigung von Kinderbetreuungskosten.

Familienname:	Vorname:
Adresse: 	

Erleichterung Ihrer Zahlungsverpflichtungen für die Kinderbetreuungsgebühren

Die regelmäßig wiederkehrenden Zahlungen für die Gemeindegebühren (oft in wechselnder Höhe) lassen sich sehr bequem über das Girokonto mit einem Abbuchungsauftrag (=SEPA-Lastschrift-Mandat) begleichen. Damit erfolgen Ihre Zahlungen immer termingerecht. Selbstverständlich können Sie die SEPA-Lastschrift bei uns jederzeit widerrufen und für den Fall der Fälle haben Sie auch ein Rückgaberecht von 56 Tagen.

Ich möchte einen Abbuchungsauftrag der Kinderbetreuungsgebühren: Ja Nein

Zahlungspflichtige/r:

IBAN:

Bank:

Mandatsreferenz: (wird von der Gemeinde ausgefüllt)

Mit meiner Unterschrift ermächtige Ich / Wir die Gemeinde Oberhofen im Inntal als Zahlungsempfänger, **Zahlungen** von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift für die **Kinderbetreuungsgebühren einzuziehen**. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschrift einzulösen. Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum:

**Kontomäßige Zeichnung
für den Abbuchungsauftrag**

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNGEN:

Zustimmung Kaliumjodtabletten:	
Ich erteile entsprechend dem beiliegendem Merkblatt für Eltern und Erziehungsberechtigte die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall (Kernkraftwerkkunfall) – nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörde – Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen zur Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.	
Einverstanden: 	Nicht Einverstanden:

Zustimmung Besuch der Fachberaterin des Landes:	
Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Kind von der Fachberaterin des Landes für Integration in der Gruppe beobachtet wird. Ich werde in einem gemeinsamen Gespräch über die Beobachtung und Eindrücke informiert und aufgeklärt.	
Einverstanden:	Nicht einverstanden:

Zustimmung allgemein medizinische Untersuchung im 1., 2., und 3. Kindergartenjahr:	
Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der Reihenuntersuchung allgemein medizinisch untersucht werden darf. Ich werde über Auffälligkeiten vom jeweiligen Arzt informiert.	
Einverstanden:	Nicht einverstanden:

Zustimmung Augenuntersuchung im vorletzten Jahr vor dem Schuleintritt:	
Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der Reihenuntersuchung an der Augenuntersuchung teilnehmen darf. Ich werde über Auffälligkeiten informiert.	
Einverstanden:	Nicht einverstanden:

Zustimmung Logopädische Untersuchung im vorletzten Jahr vor dem Schuleintritt:	
Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der Reihenuntersuchung logopädisch untersucht werden darf. Ich werde über Auffälligkeiten informiert.	
Einverstanden:	Nicht einverstanden:

Zustimmung Hörtest im vorletzten Jahr vor dem Schuleintritt:	
Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der Reihenuntersuchung an einem Hörtest teilnehmen darf. Ich werde über Auffälligkeiten informiert.	
Einverstanden:	Nicht einverstanden:

Als Erziehungsberechtigte/r stimme ich ausdrücklich zu, dass die personenbezogenen Daten meines Kindes, die aufgrund der von mir oben zugestimmten und gewünschten Untersuchungen ermittelt werden, zu Zwecken der Dokumentation, der Vermeidung von Doppeluntersuchungen, sowie zum Zwecke der Verrechnung des ärztlichen Honorars vom Amt der Tiroler Landesregierung, DVR: 0059463, verarbeitet werden. Hinsichtlich der allgemeinmedizinischen Untersuchung handelt es sich um jene personenbezogenen Daten die im angeschlossenen Gesundheitsblatt angeführt sind. Das Gesundheitsblatt wird dem Erziehungsberechtigten am Ende der Kindergartenzeit ausgefolgt. Betreffend der augenärztlichen Untersuchung werden zusätzlich „Sehkraft“, „Einstellbewegung“, „Augenbeweglichkeit“ und „räumliches Sehen“ sowie „Augenhintergrund“ verarbeitet. Es erfolgt keine Datenübermittlung an Dritte. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

DATENSCHUTZERKLÄRUNGEN

Bild- Ton und Filmaufnahmen

Uns ist sehr daran gelegen, den Alltag der Kinder sowie Feste und Höhepunkte im Kinderbetreuungs-jahr zu dokumentieren und die Ereignisse, Fotos (auch digital) oder Filme den Eltern im Rahmen von Informationsveranstaltungen öffentlich zu präsentieren und für die Kinderbetreuungs- und Dorfchronik festzuhalten.

Auch Schüler/innen, die in unserer Einrichtung ihr Praktikum durchführen, dokumentieren ihre Arbeit anhand von Bildern. Dabei wird stets darauf bedacht, dass Ihre Rechte und die Rechte der Kinder gewahrt bleiben. Mit der Anmeldung erkläre ich mich einverstanden, dass in den Kinderbetreuungseinrichtungen der Gemeinde Oberhofen und im Rahmen von Aktivitäten und Projekten Bild-, Ton- und Filmaufnahmen gemacht werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Ergebnisse dieser Aktivität (Foto-, Film-, Video- und Tonaufzeichnungen), auf denen meine Tochter/Sohn klar zu erkennen ist für Kinderbetreuungs-zwecke, insbesondere für Publikation, Jahresbericht, Kinderbetreuungs- und Dorfchronik, Internet-Homepage, Tag der offenen Tür, Multimedia-Produktion der Kinderbetreuungseinrichtung und Ausbildungszwecke veröffentlicht werden.

„Signal“ Gruppe

Da WhatsApp nicht den Datenschutzrichtlinien entspricht, wird der Messengerdienst „Signal“ als eine sichere und datenschutzkonforme Alternative zu WhatsApp verwendet. Die App kann kostenlos im Google Play Store bzw. Apple App Store heruntergeladen werden.

Wir weisen darauf hin, dass sobald Ihre Nummer in der Kinderbetreuungsgruppe hinzugefügt wurde, diese Nummer für alle anderen Teilnehmer sichtbar ist. Eine diesbezügliche Vor-Einstellung, wonach die Nummer den anderen Teilnehmern nicht sichtbar ist, ist nicht möglich. Die Gemeinde hat darauf keinen Einfluss. Über diese Gruppe verteilt die Betreuungsperson allgemeine Informationen zur Kinderbetreuung (z. B. hinsichtlich Veranstaltungen, Organisatorisches etc.).

Ich versichere, keine personenbezogenen Daten anderer Kinder (z. B. Fotos) in der Gruppe zu teilen.

Im Anlassfall (z. B. plötzliche Erkrankung meines Kindes) darf mich die Betreuung mittels persönlicher "Signal"-Nachricht (nicht Gruppen-Beitrag) kontaktieren.

Der Messenger Dienst „Signal“ soll nur als Informationskanal genutzt werden.

Handynummer:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG bzw. KENNTNISNAHME:

Hiermit bestätige ich, dass ich die Kinderbetreuungsordnung sowie die Tarifordnung gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Die Tarifordnung sowie die Kinderbetreuungsordnung finden Sie auf der Homepage der Gemeinde <https://www.oberhofen-inntal.gv.at/>

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigtem

**Nachfolgend finden Sie die Informationen zum Kindergarten
Vorsorge Programm des Landes Tirol und zu den Kaliumiodid-Tabletten**

Bitte füllen Sie das Anamnese Blatt vollständig aus

Name des Kindes:

Vorname: _____ **Nachname:** _____ **geb.:** _____

Geschlecht: weiblich männlich **Nationalität**
Muttersprache: deutsch andere

I. Anamnese von den Eltern/Erziehungsberechtigten auszufüllen

Entwicklung allgemein:

Freies Gehen bis zum 18. Monat ja später, wann?

Erste Worte bis zum 14. Monat ja später, wann?

Ist ihr Kind Tag und Nacht sauber? ja nein

Gibt es Besonderheiten im Sozialverhalten Ihres Kindes? nein ja

Besondere Erkrankungen Allergien nein ja, welche?

Asthma nein ja Heuschnupfen nein ja

Epilepsie (Krampfanfälle) nein ja Herzfehler nein ja

Neurodermitis nein ja Zuckerkrankheit nein ja

Sonstiges

Operationen/schwere Unfälle nein ja

benützte Behelfe: Brille Hörhilfe Schiene Rollstuhl

sonstige Behelfe:

Hat/hatte ihr Kind folgende Therapien: Ergotherapie

Logopädie

Physiotherapie

sonstige

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente: nein ja, welche?

Impfungen: *Mehrfachimpfung* (Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, HIB, Hepatitis B) ja nein

MMR (Masern, Mumps, Röteln) ja nein *FSME* ja nein

Pneumokokken ja nein *Rotavirus* ja nein

sonstige Impfungen

Datum:

Unterschrift:

Kindergarten-Vorsorgeprogramm des Landes Tirol

Liebe Eltern! Liebe Erziehungsberechtigte!

Ihr Kind besucht nun einen Kindergarten. Im Rahmen des „Kindergarten-Vorsorgeprogramms des Landes Tirol“ wird Ihnen die Gelegenheit geboten, Ihr Kind untersuchen zu lassen. Diese Untersuchungen umfassen:

- ➔ eine **jährliche Reihenuntersuchung** durch eine Ärztin/einen Arzt für Allgemeinmedizin oder für Kinderheilkunde
- ➔ eine **einmalig** durchgeführte **augenärztliche Untersuchung** durch eine Augenfachärztin/einen Augenfacharzt (Hauptzielgruppe 4 - Jährige, aber je früher desto besser)
- ➔ eine **einmalig** durchgeführte **Hörprüfung** (Hauptzielgruppe 4/5 - Jährige) und
- ➔ eine **einmalige Überprüfung der Sprachentwicklung** (Hauptzielgruppe 4/5 - Jährige) durch eine Logopädin, wobei Hör- und Sprachtest gemeinsam angeboten werden.

Alle Untersuchungen sind freiwillig und k o s t e n l o s.
Bitte nützen Sie die Möglichkeit der Untersuchungen zum Wohle Ihres Kindes!

Das Ziel ist, gegebenenfalls Schwächen oder Beeinträchtigungen Ihres Kindes möglichst frühzeitig zu erkennen und, wenn nötig, einer entsprechenden Abklärung, Förderung oder Behandlung zuzuführen, um möglichen späteren Problemen, z.B. in der Schule, vorzubeugen und Ihrem Kind eine optimale Grundlage für die Zukunft zu sichern. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass bei Reihenuntersuchungen keine vollständige Abklärung erfolgen kann und die individuelle Betreuung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt oder Ihre Kinderärztin/Ihren Kinderarzt nicht ersetzt werden soll. Es werden im Rahmen dieser Untersuchungen keinerlei ärztliche Behandlungsmaßnahmen gesetzt. Am Ende der Kindergartenzeit Ihres Kindes wird Ihnen das Gesundheitsblatt mit allen erhobenen Befunden zur weiteren Verwendung und Weitergabe an die Volksschule ausgefolgt. Bei einem Kindergartenwechsel bitte das Gesundheitsblatt im neuen Kindergarten wieder abgeben.

Ihre schriftliche Einwilligung vorausgesetzt, benötigen wir Ihre weitere Mithilfe, um Ihr Kind möglichst gut beurteilen zu können. Bitte

- ➔ füllen Sie den ersten Teil des **Gesundheitsblattes** sorgfältig aus. Wie viel Sie ausfüllen wollen bleibt Ihnen überlassen, aber bedenken Sie, da Ihre persönliche Anwesenheit bei der Untersuchung nicht erforderlich ist, dass vollständige Angaben eine wesentliche Erleichterung und Verbesserung bei der Beurteilung des Kindes und bei ev. Förderungs- oder Therapievorschlügen darstellen.
- ➔ geben Sie Ihrem Kind zur Untersuchung den **Impfausweis** oder dessen Kopie mit.
- ➔ Über eventuelle Auffälligkeiten erhalten Sie eine **schriftliche Mitteilung**. Gehen Sie anschließend zur entsprechenden Ärztin/zum entsprechenden Arzt und geben Sie dann die bestätigte Mitteilung als **wichtige Rückmeldung verlässlich** wieder im Kindergarten ab.

Selbstverständlich werden alle Informationen und Befunde äußerst diskret behandelt.

Die KindergartenpädagogInnen, die auch der Schweigepflicht unterliegen, übernehmen dankenswerter Weise die sorgfältige Verwaltung der Gesundheitsblätter und Elternmitteilungen. Es erfolgt keine Datenübermittlung an Dritte. Weitere Informationen finden Sie auf der Einwilligungserklärung für die jeweiligen Untersuchungen. Sollten Sie Wünsche, Anregungen oder Beschwerden haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Kindergartenleitung oder direkt an die Landessanitätsdirektion.

Vielen Dank für eine gedeihliche Zusammenarbeit im Namen des untersuchenden Teams.

Mit freundlichen Grüßen
für die Landesregierung

Dr. Franz Katzgraber
Landessanitätsdirektor

Dr. Ines Bürgler
Abt. Gesellschaft u. Arbeit

Dr. Claudia Mark
Ärztl. Koordinatorin

Information zu Kaliumiodid-Tabletten

Allgemeine Informationen

Die rechtzeitige Einnahme von Kaliumiodid-Tabletten bietet bei Freisetzung von radioaktivem Iod (z.B. bei schweren Reaktorunfällen) einen wirksamen Schutz für die Schilddrüse. Sie verhindert die Aufnahme von radioaktivem Iod und senkt das Risiko für das Auftreten von strahlenbedingtem Schilddrüsenkrebs.

Wann ist der optimale Einnahmezeitpunkt für die Kaliumiodid-Tabletten?

Der optimale Einnahmezeitpunkt liegt vor dem Eintreffen radioaktiver Luftmassen in Österreich und wird über Rundfunk und Fernsehen zeitgerecht bekannt gegeben.

Die Tabletten dürfen im Katastrophenfall nur nach ausdrücklicher Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden verabreicht bzw. eingenommen werden.

Dosierung für den Anlassfall

Vor einer allfälligen Einnahme sind die Gebrauchsinformation Kaliumiodid „Lannacher“ 65mg-Tabletten in der Kaliumiodidtablettenpackung zu beachten!

- Schwangere und Stillende: 2 Tabletten (Tagesdosis)
- Neugeborene bis zum vollendeten 1. Lebensmonat: ¼ Tablette (Tagesdosis)
- 1 Monat bis zum vollendeten 36. Lebensmonat: ½ Tablette (Tagesdosis)
- 3 Jahre bis zum vollendeten 13. Lebensjahr: 1 Tablette (Tagesdosis)
- 13 Jahre bis zum vollendeten 40. Lebensjahr: 2 Tabletten (Tagesdosis)
- Personen ab 40 Jahren: keine Tabletteneinnahme empfohlen

Eine einmalige Einnahme ist in der Regel ausreichend. In Ausnahmefällen wird die zuständige Gesundheitsbehörde eine weitere Tabletteneinnahme empfehlen. Die Tabletteneinnahme ist jedoch bei Neugeborenen stets auf 1 Tag, bei Schwangeren und Stillenden auf 2 Tage zu beschränken.

Teilung der Tablette

Um die Dosierung für Kinder bis zum vollendeten 36. Lebensmonat zu erhalten, sind die Tabletten mit Hilfe der Bruchkerben zu teilen.

Einnahmeart

Die Tabletten können im Ganzen geschluckt oder in etwas Flüssigkeit gelöst eingenommen werden. Mögliche Reizungen der Magenschleimhaut können durch zusätzliche reichliche Flüssigkeitsaufnahme vermieden werden.