



INFOBLATT ZUR KINDERBETREUUNG

Name der Kinderbetreuungseinrichtung:	Schulische Nachmittagsbetreuung Volksschule + Mittelschule Wallsee- Sindelburg
Adresse:	St. Severinstraße 17, 3313 Wallsee
Telefonnummer:	0676 8787 33319
Leitung:	Nadine Schatz
Art der Betreuung:	Schulische Nachmittagsbetreuung
Schuljahr:	2024/2025
Betreuungszeiten:	an Schultagen Montag bis Donnerstag ab Unterrichtsende bis 17:00 Uhr; und Freitag bis 13:00 Uhr Aufsichtszeiten Warteklasse: Montag bis Freitag 11:10 Uhr bis 12:10 Uhr

**Die Anmeldung ist bindend für ein Schuljahr.
Für das darauffolgende Schuljahr ist eine neue Anmeldung erforderlich.**



Information zu den Kaliumiodid-Tabletten (sinngemäß aus der Gebrauchsinformation)

Kaliumiodid-Tabletten dürfen nicht eingenommen werden:

- bei einer **Schilddrüsenüberfunktion**
- bei **gutartigen Knoten in der Schilddrüse**, die nicht behandelt werden. Bei sogenannten unbehandelten „heißen Schilddrüsenknoten“ besteht die Gefahr einer massiven Überproduktion von Schilddrüsenhormonen, die schlimmstenfalls zu lebensbedrohlichen Herz-Kreislaufreaktionen führen kann.
- bei Verdacht auf einen **bösartigen Tumor der Schilddrüse**. Schilddrüsentumore werden mit radioaktivem Iod behandelt. Wenn Kaliumiodid in großen Mengen eingenommen wird, kann das die Tumorbehandlung unmöglich machen.
- bei **Allergie** (Überempfindlichkeit) gegen Iod. Das ist sehr selten und darf nicht mit der häufigen Allergie gegenüber Kontrastmitteln (dienen zur besseren Darstellung von verschiedenen Organen in bildgebenden Verfahren wie zB der Röntgendiagnostik) verwechselt werden.
- bei **Allergie** gegen einen der sonstigen Bestandteile der Tabletten (Maisstärke, Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, basisches Butylmethacrylat-Copolymer, Magnesiumstearat)
- bei **Dermatitis herpetiformis Duhring** (einer Erkrankung, bei der Bläschen, Hautrötungen, Hautausschläge, Quaddeln und stark brennender Juckreiz auftreten, bevorzugt an Ellbogen oder Knien)
- bei allergisch bedingter **Entzündungen der Blutgefäßwände** (Hypokomplementämischer Vaskulitis)

Besondere Vorsicht bei der Einnahme von Kaliumiodid-Tabletten ist erforderlich:

- bei einer Erkrankung, die die **Luftröhre** betrifft. Durch die Gabe von hohen Iodmengen kann die Schilddrüse wachsen, was eine bereits bestehende Einengung der Luftröhre noch verschlimmert.
- wenn Ihr Kind mit **Schilddrüsenhemmstoffen (Thyreostatika)** behandelt wird. Fragen Sie bitte Ihre Ärztin/Ihren Arzt, ob Ihr Kind Kaliumiodid-Tabletten einnehmen darf.

Einnahme von Kaliumiodid-Tabletten mit anderen Arzneimitteln

- **Die Wirkung von Kaliumiodid-Tabletten wird beeinflusst durch:**
Arzneimittel, die den Schilddrüsenstoffwechsel beeinflussen (zB Perchlorat, Thiocyanat in Konzentrationen über 5 mg/dl). Sie hemmen die Iodaufnahme durch die Schilddrüse.
- **Kaliumiodid-Tabletten beeinflussen die Wirkung von:**
Schilddrüsenhemmstoffen (Thyreostatika)

Welche Nebenwirkungen sind möglich?

Wie alle Arzneimittel können Kaliumiodid-Tabletten Nebenwirkungen haben, die aber nicht bei jedem auftreten müssen. Bei der Bewertung von Nebenwirkungen werden folgende Häufigkeitsangaben zugrunde gelegt:

- **sehr häufig** (sie treten bei mehr als 1 von 10 Patienten auf)
- **häufig** (sie treten bei mehr als 1 von 100, aber weniger als 1 von 10 Patienten auf)
- **gelegentlich** (sie treten bei mehr als 1 von 1.000, aber weniger als 1 von 100 Patienten auf)
- **selten** (sie treten bei mehr als 1 von 10.000, aber weniger als 1 von 1.000 Patienten auf)
- **sehr selten** (sie treten bei weniger als 1 von 10.000 Patienten auf)

Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts

Eine Reizung der Magenschleimhaut kann insbesondere bei Einnahme von Kaliumiodid-Tabletten auf nüchternen Magen auftreten.

Hormonelle Erkrankungen

Sehr selten: iodbedingte Schilddrüsenüberfunktion. Anzeichen einer Schilddrüsenüberfunktion können erhöhter Puls, Schweißausbrüche, Schlaflosigkeit, Zitterigkeit, Durchfall und Gewichtsabnahme trotz gesteigerten Appetits sein.

Gefäß Erkrankungen

Selten: Gefäßentzündungen (zB Periarteriitis nodosa)

Erkrankungen des Immunsystems

Selten: Eine nicht bekannte Iodallergie kann erstmalig in Erscheinung treten. Dabei können allergische Erscheinungen wie zB Hautrötung, Jucken und Brennen in den Augen, Schnupfen, Reizhusten, Durchfall, Kopfschmerzen und ähnliche Symptome auftreten. Besonders bei bestehender Dermatitis herpetiformis Duhring (einer Erkrankung, bei der u.a. Bläschen und Hautrötungen auftreten, bevorzugt an Ellbogen oder Knien) sind lebensbedrohliche Reaktionen möglich (siehe oben: Kaliumiodid-Tabletten dürfen nicht eingenommen werden).

Generell gilt:

Fragen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt oder Ihre Apothekerin/Ihren Apotheker, wenn Sie weitere Informationen oder einen Rat benötigen.

Einverständniserklärung zur Einnahme von Kaliumiodid-Tabletten

Liebe Eltern! Liebe Erziehungsberechtigte!

Der Reaktorunfall von Tschernobyl hat zu einem starken Anstieg von strahlenbedingtem Schilddrüsenkrebs bei Kindern und Jugendlichen in den stark belasteten Gebieten um Tschernobyl geführt. Ursache dafür ist radioaktives Iod, das bei schweren Reaktorunfällen in großen Mengen freigesetzt wird. Nach Aufnahme in den Körper wird es in der Schilddrüse gespeichert und führt dort zu einer hohen lokalen Strahlenbelastung.

Die rechtzeitige Einnahme von Kaliumiodid-Tabletten sättigt die Schilddrüse mit stabilem Iod und verhindert so die Speicherung von radioaktivem Iod. Dadurch werden die Strahlenbelastung der Schilddrüse und damit das Auftreten von strahleninduziertem Schilddrüsenkrebs praktisch auf null gesenkt. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Tabletten vor Eintreffen der radioaktiven Wolke eingenommen werden.

Die rechtzeitige Einnahme von Kaliumiodid-Tabletten bietet einen sehr wirksamen Schutz vor strahleninduziertem Schilddrüsenkrebs.

Um eine rechtzeitige Einnahme zu ermöglichen, werden in Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen und Internaten Kaliumiodid-Tabletten gelagert. Eine Abgabe an Ihr Kind kann jedoch nur mit Ihrer vorherigen Einwilligung erfolgen. Durch Unterschreiben der untenstehenden Einverständniserklärung können Sie die Abgabe an Ihr Kind ermöglichen.

Bei einem Reaktorunfall erfolgt die Abgabe der Kaliumiodid-Tabletten nur nach ausdrücklicher Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden.

Bitte lesen Sie vor Ihrer Einwilligung die beiliegenden Angaben aus der Gebrauchsinformation zu den Kaliumiodid-Tabletten aufmerksam durch.

die Hortleitung / die Kinderbetreuung

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Name des/der Erziehungsberechtigten: _____

- JA, ich erteile die Einwilligung (für die Dauer des Besuches der Einrichtung), meinem Kind nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumiodid-Tabletten zu verabreichen. Ich bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten und Gegenanzeigen zur Einnahme der Tabletten bekannt sind, und dass ich bei Bekanntwerden von Unverträglichkeiten oder Gegenanzeigen die Kinderbetreuungseinrichtung unverzüglich verständigen werde.
- NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht

Datum: _____

Unterschrift: _____



Einwilligungserklärung für Bild- und Videoaufnahmen

Ich stimme freiwillig zu, dass Bild- und/oder Videoaufnahmen im Rahmen der Kinderbetreuung (beispielsweise Einzel- und/oder Gruppenfotos), auf denen mein Kind zu sehen ist, zu den unten angekreuzten Zwecken von der Hilfswerk Niederösterreich Betriebs GmbH verwendet werden dürfen:

	JA	NEIN
• Aufnahme von Fotos für die Portfolioarbeit und Entwicklungsdokumentation etc. durch die Hilfswerk Niederösterreich Betriebs GmbH		
• Veröffentlichung auf der Internetseite der Hilfswerk Niederösterreich Betriebs GmbH		
• Veröffentlichung in Social-Media-Kanälen der Hilfswerk Niederösterreich Betriebs GmbH (wie beispielsweise Facebook, Instagram, YouTube etc.)		
• Veröffentlichung in Publikationen, sowohl online als auch in Druckform (z.B. Broschüren, Jahresberichte, Projektberichte, Spendenaufrufe, etc.)		
• Veröffentlichung in Medien (z. B. Fernsehen und/oder Zeitungen)		
• Weitergabe an andere Eltern (z.B. per Kidsfox)		

Für die Fotos und Videos erfolgen übliche technische Bearbeitungen, wie beispielsweise Ausschnittsvergrößerungen, Retuschieren von Fehlern, wie rote Augen, Anheben oder Absenken von Kontrasten. Im Falle einer Verwendung bzw. Veröffentlichung habe ich **keinen Anspruch auf Entlohnung oder Entschädigung**.

Ich bestätige, dass ich mit meinem Kind über die Aufnahme und mögliche Weitergabe von Fotos/Videos gesprochen habe.

Diese Zustimmung kann ich jederzeit per E-Mail, per Post oder persönlich für die Zukunft widerrufen.

Name des Kindes (in Blockschrift):

Name des/der Erziehungsberechtigten (in Blockschrift):

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten:

Ort und Datum:



DATENBLATT

FÜR DIE BETREUUNG IN DER SCHULISCHEN NACHMITTAGSBETREUUNG VS/MS WALLSEE-SINDELBURG

Schuljahr: 2024/2025

Angaben zum Kind	
Name des Kindes:	
Wohnadresse:	
SV-Nummer/Geburtsdatum:	Krankenkasse des Kindes:
Religionsbekenntnis	Schule/Klasse/Klassenlehrer*in

Angaben zu den Erziehungsberechtigten	
Name Erziehungsberechtigte*r:	Geburtsdatum:
Beruf/beschäftigt bei	
Name Erziehungsberechtigte*r:	Geburtsdatum:
Beruf/beschäftigt bei	

In dringenden Fällen Verständigung an (bitte mind. 2 Personen anführen):	
Name	Telefonnummer

Situationsanalyse
<input type="checkbox"/> Kernfamilie <input type="checkbox"/> Alleinerzieher/In <input type="checkbox"/> Patchworkfamilie <input type="checkbox"/> Adoptiv-/Pflegefamilie



Medizinische Informationen	
letzte Impfung Tetanus:	letzte Impfung FSME (Zecken):
Krankheiten/Allergien/wichtige Informationen:	
Diagnose erhöhter Förderbedarf: o ja o nein	
Medikamente, welche unbedingt auch in der Betreuung eingenommen werden müssen - Formular „Vereinbarung Medikamentenverabreichung“ muss ausgefüllt werden.	

Angaben zu den Abholberechtigten		
Name des Abholberechtigten	Beziehung zum Kind	Telefonnummer

Mein Kind darf täglich umUhr alleine nach Hause gehen.

Ich übernehme die Verantwortung für den Heimweg.

Mein Kind nimmt an folgenden Nachmittagsveranstaltungen teil:

Nachmittagsunterricht	Tag	Uhrzeit	Kommt wieder	Geht heim

.....
Datum

.....
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten



BETREUUNGSVERTRAG

SCHULISCHE NACHMITTAGSBETREUUNG VS/MS

Wallsee-Sindelburg verbindlich für das Schuljahr 2024/2025

St. Severinstraße 17, 3313 Wallsee, Tel. 0676 8787 33319

1. Anmeldung des Kindes zur Betreuung

Ich/wir melde/n hiermit mein/unser Kind zur Kinderbetreuung durch die Hilfswerk Niederösterreich Betriebs GmbH, Ferstlergasse 4, 3100 St. Pölten, an. Grundlage sind die „Allgemeinen Geschäftsbedingungen Kinderbetreuung“, die mir/uns zur Kenntnis gebracht wurden und jederzeit von der Kinderbetreuungseinrichtung angefordert werden können.

Vorname, Nachname:			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Adresse (Straße, Hausnummer):	Straße		Hausnummer
Adresse (PLZ, Ort):	PLZ	Ort	
Hauptwohnsitz laut Meldezettel*			
SV-Nr. / Geburtsdatum:			
Staatsbürgerschaft, Erstsprache			
Dzt. Klasse / Schule			

*) nur erforderlich, wenn nicht gleich wie Wohnadresse

2. Angaben zum zahlungspflichtigen Elternteil/Rechnungsempfänger*in

Vorname, Nachname:			
SV-Nr. / Geburtsdatum:			
Obsorgeberechtigung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Adresse (Straße, Hausnummer):	Straße		Hausnummer
Adresse (PLZ, Ort):	PLZ	Ort	
Hauptwohnsitz laut Meldezettel*			
E-Mail-Adresse:			
Telefon (tagsüber gut erreichbar):			

*) nur erforderlich, wenn nicht gleich wie Wohnadresse

3. Angaben zum zweiten Elternteil

Vorname, Nachname:			
SV-Nr. / Geburtsdatum:			
Obsorgeberechtigung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Adresse (Straße, Hausnummer):	Straße		Hausnummer
	PLZ	Ort	
Adresse (PLZ, Ort):			
Hauptwohnsitz laut Meldezettel*			
E-Mail-Adresse:			
Telefon (tagsüber gut erreichbar):			

4. Angaben zur Betreuung

Betreuungsbeginn (Monat/Jahr):			
Betreuungsumfang:	<input type="checkbox"/> Vollbetreuung (5 Tagen pro Woche)	<input type="checkbox"/> Teilbetreuung für Tage pro Woche	
	<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag		
Betreuungstage:			
Betreuungsumfang:	<input type="checkbox"/> Warteklasse (11:15 Uhr bis 12:10 Uhr kostenlos)		
Betreuungstage:	<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag		

5. Datenschutzhinweis:

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung informieren wir Sie, dass die oben angegebenen Daten automatisiert verarbeitet werden. Weitere Informationen: www.hilfswerk.at/niederoesterreich/datenschutz/

HINWEIS: Ein Anspruch auf einen Betreuungsplatz besteht erst nach schriftliche Rückbestätigung durch die Hilfswerk Niederösterreich Betriebs GmbH.

_____ , am _____
Unterschrift: _____
Name (Elternteil): _____

Anmeldefrist bis 20. September 2024

6. Betreuungsbeitrag (Tarife)

Tarifmodell (Stand 08/2024) *	Betreuungsbeitrag
Vollbetreuung (5 Tage pro Woche)	€ 88,00 pro Monat
Teilbetreuung (4 Tage pro Woche)	€ 70,00 pro Monat
Teilbetreuung (3 Tage pro Woche)	€ 52,00 pro Monat
Teilbetreuung (1-2 Tage pro Woche)	€ 34,00 pro Monat

*Bei Kindern aus der gleichen Familie wird ein Nachlass von 10 % auf den Betreuungsbeitrag gewährt

Zusätzlicher Essensbeitrag (für Mittagessen)	€ 4,40 pro Tag
--	----------------

Verrechnung 10 Monate

7. Geltung/Aufnahme/Beginn

Für das Zustandekommen der Nachmittagsbetreuung sind mindestens 5 Anmeldungen erforderlich. Bis spätestens Ende der dritten Schulwoche sind die wöchentlichen Betreuungstage sowie die konkreten Betreuungszeiten für das gesamte Schuljahr in schriftlicher Form abzugeben.

8. Rahmenbedingungen

- Öffnungszeiten: an Schultagen Montag bis Donnerstag ab Unterrichtsende bis 17:00 Uhr Freitag bis 13:00 Uhr; Aufsichtszeiten Warteklasse Montag bis Freitag 11:15 Uhr bis 12:10 Uhr.
- In der täglichen Lernzeit werden die für die Nachmittagsbetreuung angemeldeten Schüler/innen von Lehrer/innen betreut.
- Wenn das Kind der Betreuung fernbleibt, haben die Eltern die Leitung der Kinderbetreuungseinrichtung umgehend unter Angabe des Grundes und der voraussichtlichen Dauer zu verständigen. Das Fernbleiben des Kindes ist spätestens zu Betreuungsbeginn des betreffenden Tages in der Kinderbetreuungseinrichtung zu melden.
- Die Abholzeiten sind verbindlich einzuhalten und richten sich nach dem Tagesablauf der Kinderbetreuungseinrichtung.

9. Zahlungsmodalitäten *(weitere Zahlungsmodalitäten siehe AGB)*

- Die/der Erziehungsberechtigte ist verpflichtet die Betreuerin (Schatz Nadine) rechtzeitig vor dem Fernbleiben des Schülers/der Schülerin, bis 7:45 Uhr des Schultages von der Warteklasse / Nachmittagsbetreuung zu verständigen – Tel. 0676 8787 33319 Bei späterer Verständigung wird das Mittagessen in Rechnung gestellt.
- Ich/Wir gebe/n mein/unser Einverständnis, dass die Hilfswerk Niederösterreich Betriebs GmbH (Ferstlergasse 4, 3100 St. Pölten), Rechnungen sowie vertraglich relevante Informationen für den Leistungsvertrag auf elektronischem Weg per einfachem E-Mail mit pdf-Dateien im Anhang an die von mir/uns angegebene E-Mail-Adresse übermittelt. Auf eine postalische Zusendung verzichte ich bis auf Widerruf, der jederzeit schriftlich an die oben angeführte Anschrift des Hilfswerks Niederösterreich oder per E-Mail an kundenverrechnung@noe.hilfswerk.at möglich ist. Eine Änderung der E-Mail-Adresse gebe ich unmittelbar bekannt.

9.1. Ermächtigung für SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige die Hilfswerk Niederösterreich Betriebs GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen (Einzugsauftrag). Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hilfswerk Niederösterreich Betriebs GmbH auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger: Hilfswerk Niederösterreich Betriebs GmbH (FN 475069g)
 Ferstlergasse 4, 3100 St. Pölten, AT Österreich
 Creditor ID: AT53ZZZ00000058249

Vor- und Zuname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
Anschrift des Zahlungspflichtigen: (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
IBAN des Zahlungspflichtigen	
Ort, Datum	
Unterschrift des Kontoinhabers	

10. Änderungen von vertragsrelevanten Informationen

Änderungen von Vertragsdaten (z.B. Änderungen hinsichtlich der Obsorgeberechtigung, Adressänderungen, etc.) sind unverzüglich schriftlich der Leitung der Kinderbetreuungseinrichtung mitzuteilen.

11. Besondere Vereinbarungen

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die **Allgemeinen Geschäftsbedingungen Kinderbetreuung** gelesen und verstanden habe und mich mit den Bestimmungen ausdrücklich einverstanden erkläre.

12. Informationen zur Betreuung

Bereits aufliegende Informationen wie im

- Datenblatt
- Einverständniserklärung Fotoaufnahmen
- Einverständniserklärung Kaliumjodidtabletten

können auch für das aktuelle Schuljahr verwendet werden:

ja, die Daten sind noch korrekt nein, die entsprechenden Formulare werden neu ausgefüllt.

Beilage: Allgemeine Geschäftsbedingungen Kinderbetreuung

_____, am _____ Unterschrift: _____

Name: _____