

Bescheinigung für Kindergärten und Schulen

Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten für das Kind

Name des Kindes _____

- Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und keine Läuse oder Nissen festgestellt.
- Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und Läuse und/oder Nissen festgestellt. Ich habe mein Kind mit einem nach Infektionsschutzgesetz anerkannten Kopflausmittel aus der Apotheke gemäß den Anweisungen auf der Packungsbeilage behandelt.

_____ _____
Tag der Behandlung Handelsname des Kopflausmittels

- Ich bin einverstanden, dass Mitarbeiter des Gesundheitsamtes oder der Gemeinschaftseinrichtung mein Kind auf eine mögliche Infektion mit Köpfläusen untersuchen bzw. den Behandlungserfolg durch eine Kontrolluntersuchung überprüfen.

Datum

Unterschrift eines Elternteils / Sorgeberechtigten

Bescheinigung über die Nachkontrolle bei Kopflausbefall

Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten für das Kind

Name des Kindes _____

- Ich habe den Behandlungserfolg ca. neun Tage nach der ersten Anwendung kontrolliert und keine lebenden Läuse, Larven oder Nissen mehr feststellen können.
- Ich habe eine prophylaktische Wiederholungsbehandlung durchgeführt.
- Bei der Nachkontrolle nach ca. neun Tagen habe ich erneut lebende Läuse, Larven oder Nissen festgestellt. Ich habe die Behandlung gemäß Packungsbeilage wiederholt.

_____ _____
Tag der Behandlung Handelsname des Kopflausmittels

Datum

Unterschrift eines Elternteils / Sorgeberechtigten
