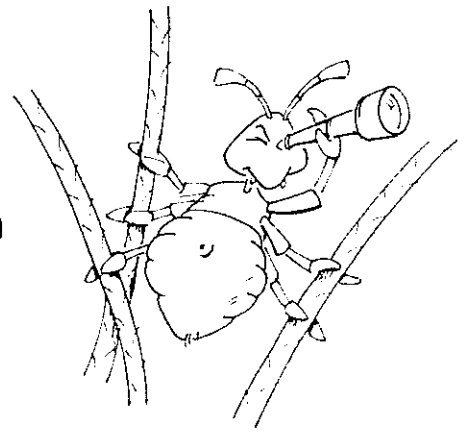


Unser Kind hat Kopfläuse



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 zugelassenen Arzneimittel / geeigneten Medizinprodukt gegen Kopflausbefall 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

✂ Hier abtrennen und in der Gemeinschaftseinrichtung abgeben

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