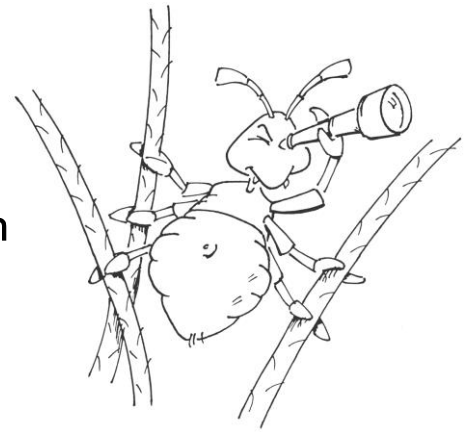


# Unser Kind hat Kopfläuse



## 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 / geeignetem 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