Unser Kind hat Kopfläuse

Bescheinigung für Kindergärten und Schulen

Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten für das Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

􀁻 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift eines Elternteils / Sorgeberechtigten

Bescheinigung über die Nachkontrolle bei Kopflausbefall

Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten für das Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

􀁻 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