

Bestätigung des Elternbriefes:

(ANLAGE A)

Ich habe von der Kita/Schule die Eltern-Mitteilung erhalten, dass in der Gruppe/Klasse meines Kindes Läuse aufgetreten sind.

Ich habe den Kopf meines Kindes auf Läuse und Nissen untersucht und werde dieses auch während der nächsten 3 Wochen regelmäßig tun.

Für den Fall, dass ich bei meinem Kind Läuse oder Nissen feststelle, werde ich die Kita/Schule sofort verständigen und eine sachgerechte Läusebehandlung durchführen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

✂ Bitte ausschneiden ✂

(ANLAGE B)

Einverständniserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass eine bezüglich Läusen sachverständige Person der Kita/Schule und/oder das Gesundheitsamt bei gegebenem Anlass eine Untersuchung des Kopfes auf Läuse und Nissen bei meinem Kind vornimmt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

1. Behandlungsbestätigung

Bei meinem Kind wurde ein Kopflausbefall festgestellt.

Ich habe die Haare meines Kindes am mit dem folgenden Präparat

- Goldgeist® forte Lösung
- Infectopedicul® Lösung
- Jacutin® Pedicul Fluid
- Jacutin® Pedicul Spray
- Nyda-L®
- Mosquito® Läuse-Shampoo
- anderes Präparat, nämlich

behandelt und die Anwendungsvorschriften genau befolgt. Ich verpflichte mich zu einer 2. Behandlung (Wiederholungsbehandlung) nach 8 - 10 Tagen. Eine sorgfältige Untersuchung der Kopfhaut und der Haare auf lebende Läuse erfolgt täglich.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

✂ Bitte ausschneiden ✂

2. Behandlungsbestätigung

Bei meinem Kind wurde ein Kopflausbefall festgestellt.

Ich habe die Haare meines Kindes am mit dem folgenden Präparat

- Goldgeist® forte Lösung
- Infectopedicul® Lösung
- Jacutin® Pedicul Fluid
- Jacutin® Pedicul Spray
- Nyda-L®
- Mosquito® Läuse-Shampoo
- anderes Präparat, nämlich

Sollte es zu einem erneuten Kopflausbefall innerhalb der nächsten 4 Wochen kommen, werde ich die Einrichtung (Kindertagesstätte bzw. Schule) unverzüglich benachrichtigen, sofort eine erneute Behandlung durchführen und den Behandlungserfolg vor Wiederbesuch der Kindertagesstätte bzw. der Schule, durch ein **ärztliches Attest** oder eine **Bescheinigung des Gesundheitsamtes** bestätigen lassen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)