

## Kopfläuse

Erklärung der Personensorgeberechtigten von

---

(Bitte den Namen des Kindes eintragen.)

Hiermit erkläre ich, dass ich...

... den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Nissenkamm sorgfältig untersucht und keine Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.

... den Kopf meines Kindes untersucht und einen Kopflausbefall festgestellt habe. Die Behandlung mit einem zur Tilgung der Kopfläuse geeigneten Arzneimittel / Medizinprodukt (möglichst kombiniert mit nassem Auskämmen mit Pflegespülung und einem Läusekamm) habe ich am \_\_\_\_\_ durchgeführt.

Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema in den nächsten zwei Wochen fortführen und insbesondere die Zweitbehandlung mit Läusemittel nach 8 bis 10 Tagen durchführen werde.

(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten