

Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten zur Kopflaus-Erstbehandlung

Schule / Kita _____

Kind _____

Bitte die zutreffenden Abschnitte ankreuzen

Ich habe den Kopf meines Kindes sorgfältig inspiziert (insbesondere an den Schläfen, im Nacken und um die Ohren) und keinerlei Anhalt für das Vorliegen eines Kopflausbefalles festgestellt.

Ich habe den Kopf meines Kindes am _____ (bitte Datum eintragen) mit einem zugelassenen Arzneimittel gegen Kopfläuse (bitte Handelsname eintragen: _____) behandelt.

Ich versichere, die weitere Behandlung wie im Abschnitt „Empfohlenes Behandlungsschema bei Kopflausbefall“ des Merkblatts des Gesundheitsamts durchführen werde.

Alle weiteren Familienmitglieder wurden auf Kopfläuse untersucht / behandelt.

Ich habe die im Informationsblatt „Kopfläuse – was tun?“ genannten Gegenstände in unserer Wohnung und sonstigem Lebensumfeld wie unter „ergänzende Hygienemaßnahmen“ des Merkblatts des Gesundheitsamts beschrieben behandelt.

Datum

Unterschrift eines Elternteils / Sorgeberechtigten