



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.

(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

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.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

