



Grundschnle Prieros | Am Palagenberg 10 | 15754 Heideseen

Prieros,

Bescheinigung der Sorgeberechtigten

Hiermit bestätigen wir, dass unser Kind _____ folgende Maßnahmen zur Kopflaus-Kontrolle und Behandlung durchlaufen hat:

1. Kontrolle auf Läuse und Nissen

Unser Kind wurde regelmäßig auf das Vorhandensein von Kopfläusen und Nissen überprüft.

2. Behandlung mit zugelassenen Arzneimitteln

Bei einem Befall mit Kopfläusen wurde unser Kind gemäß den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes mit zugelassenen Arzneimitteln behandelt.

3. Durchgeführte Nachkontrollen

Nach einer ersten Behandlung wurden regelmäßige Nachkontrollen durchgeführt, insbesondere bei einem zweiten Auftreten der Läuse innerhalb eines festgelegten Zeitraums (8. – 10. Tag).

**2. Abschnitt: Bestätigung der durchgeführten Nachkontrolle bei Kopflausbefall (nach 8. – 10. Tagen)**_____
(Unterschrift der Sorgeberechtigten)_____
(Handelsname des Kopflausmittels)_____
(Name der Sorgeberechtigten)_____
(Tag der Behandlung)_____
(Datum)

Name des Schülers/der Schülerin: _____ Datum: _____

Unterschrift der Sorgeberechtigten: _____

Hinweis: Bitte diesen abtrennbaren Zettel nach 10 Tagen (Nachkontrolle) vorlegen.**1. Abschnitt: Meldung bei Kopflausbefall / Kontrolle und Behandlung**_____
(Unterschrift der Sorgeberechtigten)_____
(Handelsname des Kopflausmittels)_____
(Name der Sorgeberechtigten)_____
(Tag der Behandlung)_____
(Datum)

Name des Schülers/der Schülerin: _____ Datum: _____

Unterschrift der Sorgeberechtigten: _____

Hinweis: Bitte diesen abtrennbaren Zettel bei der Rückkehr in die Schule vorlegen.