Bestätigung der Erziehungsberechtigten über **Maßnahmen nach Kopflaus-Befall**

Name des Kindes: _____ Klasse: _____

<u>Bei meinem Kind wurde der Befall mit Kopfläusen festgestellt.</u>

Folgende Maßnahmen wurden danach unternommen:

☐ Aufsuchen des Hausarztes/Kinderarztes

☐ Behandlung mit einem anerkannten Kopflausmittel

(_____)
Name des Präparates

Ich bin darüber informiert, dass ich mein Kind 9 Tage nach der Erstbehandlung **erneut genau kontrollieren** und bei einem eventuellen Wiederbefall die Behandlung wiederholen und die Schule darüber informieren muss.

Ich bin des Weiteren darüber informiert, dass zur Vermeidung einer Neuansteckung bzw. Weiterverbreitung benutzte Kämme, Haarbürsten, Handtücher, Kleidungsstücke und Bettwäsche gereinigt bzw. bei mindestens 60 °C gewaschen werden sollten.

_____ _____
Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten