|  |  |
| --- | --- |
|  | Gesundheitsamt |

**Formblatt**

**„Bestätigung der Untersuchung und Durchführung der Behandlung bei Befall mit Kopfläusen durch die Eltern“**

**Name des Kindes:**

**Name der Eltern (des(r) Erziehungsberechtigten) des Kindes:**

Hiermit erkläre ich/wir, dass

[ ]  ich/wir den Kopf meines/unseres Kindes untersucht habe/n und **keine** Läuse oder

 Nissen gefunden habe(n).

[ ]  ich/wir den Kopf meines/unseres Kindes untersucht habe/n und Läuse oder Nissen

 gefunden habe(n).

[ ]  ich/wir den Kopf meines/unseres Kindes wie vorgeschrieben mit folgendem wirksamen

 Mittel behandelt habe/n.

 **Name des Mittels:**

[ ]  ich/wir werde(n) zwischen dem 8. und 10. Tag eine zweite Behandlung mit o. g. Mittel

 durchführen.

Ort, Datum Unterschrift der Eltern (des(r) Erziehungsberechtigten)

**Bitte geben Sie diese Erklärung dem Kindergarten/krippe bzw. der Schule Ihres Kindes sofort unterschrieben zurück.**