

\_\_\_\_\_

Datum

## WICHTIGE ELTERNINFORMATION

Liebe Eltern,

in der Klasse Ihres Kindes sind Kopfläuse aufgetreten. Um eine Ausbreitung des Kopflausbefalles auf Kontaktpersonen zu vermeiden, möchten wir Sie hiermit dringend bitten, das Haar Ihres Kindes aufmerksam zu kontrollieren.

Bitte füllen Sie den anhängenden Abschnitt aus und geben Sie ihn Ihrem Kind wieder mit in die Schule.

-----

### Elternbestätigung

Hiermit bestätige ich, dass ich

mein Kind .....Gruppe/Klasse.....

auf Kopfläuse und Nissen gemäß vorliegender Anleitung untersucht habe.

Es wurden weder Läuse noch Nissen festgestellt

Es wurden Läuse und/oder Nissen festgestellt und  
die erste Behandlung entsprechend o.g. Beschreibung ist erfolgt

Ich verpflichte mich, dass ich die weiteren Behandlungsschritte  
(Tag 5 – Tag 17) durchführen werde

Verwendetes Präparat.....

Begleitmaßnahmen:

1. Entfernung der Nissen.....

2. Reinigung von Kamm und Haarbürsten.....

3. Wechsel von Handtüchern, Leib- und Bettwäsche(gewaschen bei 60°).....

4. Mützen, Schals, Decken, Kopfkissen, Kuscheltiere gewaschen bei mind  
60° oder in einem gut verschlossenen Plastikbeutel gepackt (3Tage lang)...

5. Teppiche, Polstermöbel, Autositze und Kopfstützen sorgfältig abgesaugt...

6. Alle Familienmitglieder kontrolliert.....

7. Ggf. Familienmitglieder mitbehandelt.....

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern