

---

Stempel des Einrichtung

# BESTÄTIGUNG

## für die Einrichtung

(Schule, Hort, Kindergarten, Krabbelstube)

Bitte diese Bestätigung ausfüllen und bei der Leiterin/dem Leiter der Einrichtung abgeben, wenn Sie das Kind nach der Kontrolle und gegebenenfalls Behandlung lausfrei wieder in die Gemeinschaftseinrichtung bringen.

---

Name des Kindes

*Zutreffendes bitte ankreuzen:*

● **Ich habe bei meinem Kind KEINE Läuse/Nissen gefunden:**

- Ich habe das Merkblatt gelesen
- Ich habe mein Kind entsprechend der Anleitung untersucht, keine Läuse und Nissen gefunden und werde es noch 14 Tage lang 2x/Woche nachkontrollieren

● **Ich habe bei meinem Kind Läuse/Nissen gefunden:**

- Ich habe bei meinem Kind eine Erstbehandlung mit dem Präparat (Name)..... durchgeführt und werde die Behandlung zur Sicherheit in 8-10 Tagen wiederholen.
- Ich habe 12 Stunden nach der ersten Behandlung keine lebenden Läuse mehr festgestellt.
- Ich werde nach der erfolgreichen Behandlung den Kopf meines Kindes noch 4 Wochen lang 2x/Woche mit dem Nissenkamm nachkontrollieren.

---

Datum

---

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten