

---

Stempel der Einrichtung

# BESTÄTIGUNG

## für die Gemeinschaftseinrichtung (Schule, Hort, Kindergarten, Krabbelstube)

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

---

Name des Kindes

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Bei meinem Kind wurden **KEINE** Krätzmilben gefunden:

- Ich habe die Elterninformation Krätze (Skabies) gelesen
- Mein Kind wurde von einem Arzt/Ärztin untersucht.
- Es wurde eine prophylaktische Therapie mit (Name) .....  
verordnet und korrekt durchgeführt.
- Da die Erkrankung an andere Personen weitergegeben werden kann noch bevor man irgendwelche Symptome verspürt, werden wir für etwa 5-6 Wochen auf intensiven Hautkontakt verzichten und uns in dieser Zeit genau beobachten und bei ersten Anzeichen für einen Milbenbefall sofort eine(n) Ärztin/Arzt aufsuchen.

Bei meinem Kind wurden **Krätzmilben** gefunden:

- Ich habe bei meinem Kind eine Erstbehandlung mit dem Präparat (Name)..... durchgeführt und werde die Behandlung wiederholen, wenn dies von meinem Arzt/meiner Ärztin empfohlen wird.
- Ich werde nach der erfolgreichen Behandlung mein Kind noch 5-6 Wochen lang 2x/Woche auf Milben untersuchen.
- Es wurde die gesamte Familie vom Arzt/von der Ärztin auf Krätzmilben untersucht und gegebenenfalls gleichzeitig mitbehandelt. Die gesamte Familie wird sich 5-6 Wochen lang 2x/Woche auf Milben untersuchen und bei erneutem Befall die Behandlung wiederholen.

---

Datum

---

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten