

Rückmeldung bei Kopflausbefall

Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes _____

- ☐ Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und **keine** Kopfläuse oder Nissen gefunden.
Ich werde die Untersuchung in den nächsten Tagen wiederholen.
Bei einem festgestellten Befall werde ich die Einrichtung umgehend unterrichten.
- ☐ Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und Kopfläuse oder Nissen gefunden.
Die Erstbehandlung habe ich bereits durchgeführt.
Ich versichere, dass ich 8 – 10 Tage nach der ersten Behandlung (je nach
Herstellerangabe des Läusemittels) eine zweite Behandlung durchführen werde.

Datum

Unterschrift eines Elternteils/Sorgeberechtigten

Bitte geben Sie dieses Formular vor dem erneuten Betreten der Einrichtung ausgefüllt und unterschrieben dort ab.

Rückmeldung bei Kopflausbefall

Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes _____

- ☐ Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und **keine** Kopfläuse oder Nissen gefunden.
Ich werde die Untersuchung in den nächsten Tagen wiederholen.
Bei einem festgestellten Befall werde ich die Einrichtung umgehend unterrichten.
- ☐ Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und Kopfläuse oder Nissen gefunden.
Die Erstbehandlung habe ich bereits durchgeführt.
Ich versichere, dass ich 8 – 10 Tage nach der ersten Behandlung (je nach
Herstellerangabe des Läusemittels) eine zweite Behandlung durchführen werde.

Datum

Unterschrift eines Elternteils/Sorgeberechtigten

Bitte geben Sie dieses Formular vor dem erneuten Betreten der Einrichtung ausgefüllt und unterschrieben dort ab.

Rückmeldung bei Kopflausbefall

Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes _____

- ☐ Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und **keine** Kopfläuse oder Nissen gefunden.
Ich werde die Untersuchung in den nächsten Tagen wiederholen.
Bei einem festgestellten Befall werde ich die Einrichtung umgehend unterrichten.
- ☐ Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und Kopfläuse oder Nissen gefunden.
Die Erstbehandlung habe ich bereits durchgeführt.
Ich versichere, dass ich 8 – 10 Tage nach der ersten Behandlung (je nach
Herstellerangabe des Läusemittels) eine zweite Behandlung durchführen werde.

Datum

Unterschrift eines Elternteils/Sorgeberechtigten

Bitte geben Sie dieses Formular vor dem erneuten Betreten der Einrichtung ausgefüllt und unterschrieben dort ab.

