

## **Läusebefall**

### **Bescheinigung: Kopfkontrolle und Behandlung**

-----  
Name und Vorname des Kindes

#### **Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes:**

- ( ) Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und keine Läuse oder Larven gefunden.
- ( ) Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und Läuse und/oder Larven gefunden.

Bei festgestelltem Befall:

- ( ) Ich habe mein Kind mit einem zugelassenen Mittel behandelt und die Haare mit einem Nissenkamm nass ausgekämmt. Ich versichere, dass ich nach 8 bis 10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde, um den Kopflausbefall zuverlässig zu beseitigen.

-----  
Datum

-----  
Name in Druckbuchstaben + Unterschrift eines Elternteils/Sorgeberechtigten