

## Erklärung der Eltern / Erziehungsberechtigten von

---

(Hier bitte den Namen des Kindes eintragen)

Hiermit erkläre ich, dass ich...

- ... den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Nissenkamm sorgfältig untersucht und keine Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungs-fähigen Eiern gefunden habe.
  
- ... den Kopf meines Kindes untersucht habe, einen Kopflausbefall festgestellt habe und die Behandlung mit einem zur Tilgung der Kopfläuse geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt (möglichst kombiniert mit nassem Auskämmen mit Pflegespülung und einem Läusekamm) am \_\_\_\_\_ durch-geführt habe.

Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema in den nächsten zwei Wochen fortführen und insbesondere die Zweitbehandlung mit Läusemittel nach acht bis zehn Tagen durchführen werde.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

---

(Ort/Datum)

---

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)