**ERKLÄRUNG ZUR BEHANDLUNG VON LÄUSEBEFALL**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname des Kindes Klasse

➡ Hiermit erkläre ich, dass ich…

… den Kopf meines Kindes untersucht habe, einen Kopflausbefall festgestellt habe und die Behandlung mit einem zur Tilgung der Kopfläuse geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt (kombiniert mit nassem Auskämmen mit Pflegespülung und einem Läusekamm) durchgeführt habe

am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Bitte unbedingt Datum eintragen.

➡ Ich versichere, dass…

… ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema in den nächsten zwei Wochen fortführen werde.

…ich insbesondere die **Zweitbehandlung** mit Läusemittel **nach 8 bis 10 Tagen** durchführen werde.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Bitte die Erklärung umgehend bei der Klassenleitung abgeben.