



Auftreten von Kopfläusen

Bescheinigung für die Schule

Name des Schülers/der Schülerin

Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und Läuse und /oder Nissen festgestellt.
Ich habe mein Kind mit einem zugelassenen Arzneimittel / geeigneten Medizinprodukt
gegen Kopflausbefall gemäß den Anweisungen auf der Packungsbeilage behandelt.

Tag der 1. Behandlung

Handelsname des Kopflausmittels

Tag der 2. Behandlung

Handelsname des Kopflausmittels

Ich bin einverstanden, dass Mitarbeiter des Gesundheitsamtes gegebenenfalls mein
Kind durch eine Kontrolluntersuchung überprüfen.

Ich habe das“ Merkblatt für Eltern, Lehrer, Erzieher und Leiter von Kindertagesstätten
und Schulen“ des Landratsamtes für Verbraucherschutz des Freistaat Thüringen zur
Kenntnis genommen und alle darin geforderten Maßnahmen durchgeführt.

Datum

Unterschrift eines Elternteils/ Sorgeberechtigten