



Bestätigung

Untersuchung auf Läuse/Nissen	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Klasse/Gruppe

Hiermit bestätige ich, dass ich mein Kind am _____ auf **Kopfläuse und Nissen untersucht** habe.

Es wurden *weder* Läuse *noch* Nissen festgestellt.

Daher erfolgte keine Behandlung.

Es wurden nur *Nissen* festgestellt, die *mehr als 1 cm* von der Kopfhaut entfernt sind.

Daher erfolgte keine Behandlung.

Es wurden *Läuse* und *Nissen* festgestellt.

Daher erfolgte die erste Behandlung am: _____

Es wurden nur *Nissen* festgestellt, die *weniger als 1 cm* von der Kopfhaut entfernt sind.

Daher erfolgte die *erste* Behandlung am: _____

verwendetes Präparat: _____

Des Weiteren verpflichte ich mich, 8-10 Tage nach der ersten Behandlung eine erneute Behandlung sowie an Tag 13 und 17 eine Kontrolle auf Läuse/Nissen, durchzuführen.

Datum

Unterschrift der Eltern

Bitte geben Sie dieses Formular ausgefüllt in der Gemeinschaftseinrichtung ab, die Ihr Kind besucht.