

**Name der Gemeinschaftseinrichtung:** \_\_\_\_\_

**1. Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes zur  
Untersuchung/Erstbehandlung gegenüber der Gemeinschaftseinrichtung:**

\_\_\_\_\_  
(Name des Kindes)

Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und keine Kopfläuse oder Nissen (Lauseier) gefunden.

Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht, Kopfläuse oder Nissen (Lauseier) gefunden und habe den Kopf mit einem für die Behandlung zugelassenen Mittel wie vorgeschrieben behandelt. Ich versichere, dass ich die Haare an den Tagen 1, 5, 9 und 13 nass auskämmen und am 7.-10. Tag eine zweite Behandlung durchführen werde.

.....  
Datum, Unterschrift

**2. Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes zur Folgebehandlung  
gegenüber der Gemeinschaftseinrichtung (Angabe nur notwendig, wenn ein  
Kopflausbefall festgestellt wurde):**

\_\_\_\_\_  
(Name des Kindes)

Ich habe eine zweite Behandlung 7 -10 Tage nach der Erstbehandlung mit einem für die Behandlung zugelassenen Mittel gegen Kopfläuse durchgeführt.

.....  
Datum, Unterschrift