

# ***Bestätigung für die Gemeinschaftseinrichtung***

**Bitte diese Bestätigung ausfüllen und bei der Leitung der Gemeinschaftseinrichtung abgeben, wenn Sie das Kind nach der Kontrolle und gegebenenfalls Behandlung lausfrei wieder in die Gemeinschaftseinrichtung bringen.**

.....  
Name des Kindes

- Ich habe das Merkblatt gelesen.
  
- Ich habe mein Kind entsprechend der Anleitung untersucht, keine Läuse und Nissen gefunden und werde es noch 14 Tage lang 2x/Woche nachkontrollieren.
  
- Ich habe bei meinem Kind eine Erstbehandlung mit dem Präparat (Name) .....durchgeführt und werde die Behandlung zur Sicherheit in 8 – 10 Tagen wiederholen, wenn es für eine erfolgversprechende Vorgangsweise notwendig ist.
  
- Ich habe 12 Stunden nach der ersten Behandlung keine lebenden Läuse mehr festgestellt.
  
- Ich werde nach der erfolgreichen Behandlung den Kopf meines Kindes noch 4 Wochen lang 2x/Woche mit einem Nissenkamm nachkontrollieren.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten