



Grundschule in der Stried

Grundschule mit Flexiblen Schulanfang (Flex) im Ganztags

Adalbert-Stifter-Straße 8, 64760 Oberzent

Tel. 06068-75912-30 • Ganztags Tel. 06068/75912-50 • Fax: 06068-75912-40

Mail: grundschule.beerfelden@odenwaldkreis.de Homepage: www.grundschule-beerfelden.de

RÜCKANTWORT - Kopflausbefall innerhalb der Klasse

Ich bin meiner Pflicht der Kontrolle nachgekommen und habe mein Kind/meine Kinder heute auf Kopfläuse untersucht:

Nachname, Vorname	Geb.-Datum	Klasse
-------------------	------------	--------

Nachname, Vorname	Geb.-Datum	Klasse
-------------------	------------	--------

Nachname, Vorname	Geb.-Datum	Klasse
-------------------	------------	--------

Untersuchungsmethode/n

- o Feuchtes Auskämmen (Pflegespülung) mit einem Läusekamm
- o Sorgfältiges Suchen nach Eiern/Nissen in Kopfhautnähe (bis 1 cm von der Kopfhaut entfernt).

Untersuchungsergebnis – Hiermit erkläre ich, dass ich

☐ ...den Kopf meines Kindes mit einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht und keine Läuse, Larven oder Nissen gefunden habe.

☐ ...den Kopf meines Kindes untersucht habe, einen Kopflausbefall festgestellt habe und die Behandlung mit einem sachgerechten Mittel durchgeführt habe.

– Datum der Behandlung: _____

– Verwendetes Kopflausmittel: _____

In diesem Fall versichere ich, dass ich eine **zweite Behandlung** entsprechend dem Beipackzettel des eingesetzten Mittels durchführen werde.

Datum

Unterschrift eines Elternteils/ Erziehungsberechtigten