

Formular zur

Bestätigung der Behandlung und Durchführung von Maßnahmen zur Kontrolle und Bekämpfung von Kopfläusen

für Betroffene Personen und Kontaktpersonen in einer Gemeinschaftseinrichtung zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen

Stempel Einrichtung:

Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes

Name, Vorname:	
-----------------------	--

Bestätigung der Durchführung von Behandlungen und Bekämpfungsmaßnahmen

- Bitte ankreuzen
- Ich habe das Kopfhaar meines Kindes mit einem in dem Anschreiben des Gesundheitsamtes (Seite 2) aufgeführten Kopflausmittel behandelt und versichere, dass ich nach 9 – 10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde.
- Die erste Behandlung wurde durchgeführt am:
- In unserem Haushalt wurden Bekämpfungsmaßnahmen gemäß den gegebenen Empfehlungen (Anschreiben Gesundheitsamt, Seite 2) durchgeführt.

Bestätigung der Durchführung von Kopflauskontrollen

- Bitte ankreuzen
- Ich habe das Kopfhaar meines Kindes erstmalig auf einen möglichen Kopflausbefall kontrolliert und werde die Kontrolle in den nächsten Wochen wiederholt durchführen.
- Die erste Kontrolle wurde durchgeführt am:
- Kopflausbefall wurde festgestellt.
- Kopflausbefall wurde nicht festgestellt.

Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten



Gesundheitsamt
Hygiene und Umweltmedizin

Neuruppin Tel. (03391) 688 53 16
Wittstock Tel. (03394) 46 5154
Kyritz Tel. (033971) 62 518

Seite 1 von 1