

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:

Datum

- 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:

Datum

- 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