

## An die Grundschule Bruchhausen-Vilsen

Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten des Kindes

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

- Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und keine Läuse/Nissen gefunden.
- Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht, Läuse/Nissen gefunden und habe den Kopf mit einem Pedikulozid (läuseabtötendes Mittel) wie vorgeschrieben behandelt. Ich versichere, dass ich nach 8 – 10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde. Alle weiteren Familienmitglieder wurden auf Kopfläuse untersucht bzw. mitbehandelt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind bei wiederholtem Befall in der Klasse/Gruppe von den Erzieherinnen/Lehrer/innen der Gemeinschaftseinrichtung auf Läuse hin durchgesehen wird.
  - Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung nach § 34 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz einen Kopflausbefall namentlich an das Gesundheitsamt melden muss.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Elternteils / Sorgeberechtigten