

**Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten
eines Kindes mit Kopflausbefall oder
eines Kindes mit Kontakt zu einer von Kopfläusen betroffenen Person**

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich, dass ich.....

- ...den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht und keine Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.
- ...den Kopf meines Kindes untersucht habe, einen Kopflausbefall festgestellt habe und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittels / Medizinprodukt¹ (möglichst in Kombination mit nassem Auskämmen mit Pflegespülung und Läuse- bzw. Nissenkamm) amdurchgeführt habe.

Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema in den nächsten zwei Wochen fortführen und insbesondere die Zweitbehandlung mit dem Läusemittel nach acht bis zehn Tagen durchführen werde.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Datum

Unterschrift Elternteil / Sorgeberechtigter

¹ z. B. **Infectopedicul, Goldgeist Forte** und **Jacutin Pedicul Spray**. Bei der Anwendung sind die Herstellerangaben sorgfältig zu beachten! Bei fehlender Erfahrung und bei der Behandlung von Kleinkindern sollte ärztlicher Rat eingeholt werden. Während der Schwangerschaft, der Stillzeit, bei MCS (multiple Überempfindlichkeit gegen chemische Substanzen) oder bei Chrysanthemenallergie sollte auf die Anwendung verzichtet werden und die physikalisch wirkenden Präparate angewendet werden. Achtung: Resistenzen möglich!

z. B. **Nyda L, EtoPril, Jacutin Pedicul fluid** – neuere Präparate - die Atemöffnungen der Kopfläuse werden verstopft. Vorteil: Keine Insektizidbelastung – Wirkung eher besser als ältere Präparate – keine Resistenzen.