

# B E S C H E I N I G U N G

## über die Kontrolle des Erfolgs der Kopflausbehandlung

zur Vorlage bei der Kindertagesstätte, der Schule oder einer sonstigen Gemeinschaftseinrichtung

---

Name, Vorname der kontrollierten Person

Geburtsdatum

---

Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer

Bei der o. g. Person wurde am ..... wegen eines Kopflausbefalls eine Läuse und Nissen abtötende Erstbehandlung durchgeführt.

Die erforderliche Zweitbehandlung wird am ..... (am 8. oder 9. Tag nach der Erstbehandlung) erfolgen.

---

Datum

Unterschrift

- 
- Bei der sorgfältigen Kontrolle des behaarten Kopfes waren Läuse und lebensfähige Nissen nicht nachweisbar. Die Wiedenzulassung zur Gemeinschaftseinrichtung ist somit möglich.
- Bei der sorgfältigen Kontrolle des behaarten Kopfes waren Läuse und/oder lebensfähige Nissen nachweisbar. Die Wiedenzulassung zur Gemeinschaftseinrichtung ist somit noch nicht möglich.

---

Stempel

Datum

Unterschrift