

# Dokumentation bei Kopflausbefall in Schule oder Kindertagesstätte

**Einrichtung:**.....

**Name des Kindes:**.....

**Geb. Dat.:**.....

Melddatum der Eltern an die Schule:.....

Melddatum der Einrichtung an das Gesundheitsamt:.....

Information der anderen Schüler der Klasse  Ja  Nein  
Verteilung von Flyern  Ja  Nein

Datum:

Unterschrift

o

## Behandlungsbestätigung bei Kopflausbefall

**Wann wurde der Befall mit Kopfläusen/Nissen festgestellt:** .....

**Datum der ersten Behandlung:**..... **mit (Mittel):**.....

Datum:

**Unterschrift eines Erziehungsberechtigten**.....

Datum:

**Datum der zweiten Behandlung:**..... **mit (Mittel):**.....

**Unterschrift eines Erziehungsberechtigten**.....