Im Krankheitsfall bitte ausfüllen und umgehend an die Schule weiterleiten!

Meldung Kopflausbefall

Name, Vorname Kind: ……..

Lerngruppe: …….

Läuse entdeckt am: …….

Gewähltes Läusemittel: ……..…

Mir/Uns ist bewusst, dass ein Schulbesuch erst wieder erlaubt ist, wenn die erste Behandlung mit einem zugelassenen Mittel gemäß unten angehängter Liste erfolgt ist sowie die korrekte Nachbehandlung durchgeführt wird. Sollte von mir/uns ein anderes Mittel verwendet werden, legen wir der Schule eine kinderärztliche Bescheinigung vor, dass das gewählte Mittel ebenso wirksam ist und mein/unser Kind die Schule besuchen darf. Außerdem ist mir/uns klar, dass alternative Mittel wie z.B. Nelkenöl unwirksam sind.
Ein Auskämmen mit Nissenkamm ist darüber hinaus erforderlich und wird wie im Flyer „Kopfläuse…was tun?" der BZgA vorgegeben von mir/uns durchgeführt.
Mein/unser Kind wird regelmäßig von mir/uns, bevorzugt vor Wochenbeginn auf Läuse untersucht, vor allem aber unverzüglich, wenn das Kind sich häufig am Kopf kratzt.
Ich/wir haben den Flyer „Kopfläuse…was tun?" der BZgA und das Merkblatt des Gesundheitsamtes erhalten und gelesen.
Mir/uns ist bewusst, dass die Schule verpflichtet ist, mein/unser Kind bei fehlender Bestätigung nach Hause zu schicken und dass sich die Schule vorbehält, dies in einem begründeten Verdachtsfall (z.B. vermehrtes Kratzen am Kopf) ebenso zu tun.

Hiermit bestätigen wir die Behandlung gemäß Packungsbeilage:

1. Behandlung am: …….. Unterschrift Eltern:……

2. Behandlung
(8., 9. oder 10. Tag) am: …….. Unterschrift Eltern:……

Liste der geprüften Mittel und Verfahren zur Bekämpfung von Gesundheitsschädlingen, Krätzmilben und Kopfläusen gemäß § 18 Infektionsschutzgesetz des Umweltbundesamtes vom 01.11.2022

Zielorganismus	Mittel mit Sofortwirkung, Angaben zu Art und Dauer der Wirkung	Art der Applikation	Wirkstoff/Geräte + Verfahren	Handelsname	Aufwandmenge/ wichtige Hinweise	Arzneimittel/ Medizinprodukt/ Biozidprodukt	B-Nummer	Hersteller/Vertreiber[a]
IV. Mittel gegen Kopfläuse (*Pediculus humanus capitis*)	Kontaktgift	Einreibemittel	Permethrin	INFECTO-PEDICUL	Wiederholungs-behandlung nach 8 - 10 Tagen	Arzneimittel	B-0232-00-00	INFECTOPHARM Arzneimittel und Consilium GmbH
	Kontaktgift	Einreibemittel	Permethrin	BiomoPedicul® 0,5 % Lösung	Wiederholungs-behandlung nach 8 - 10 Tagen	Arzneimittel	B-0287-00-00	biomo pharma GmbH
	Sofortwirkung	flüssiges Gel	Dimeticone und Nerolidol	Hedrin® Once Liquid Gel	Wiederholungs-behandlung nach 8 - 10 Tagen	Medizinprodukt	B-0304-00-00	STADA Arzneimittel AG
	Sofortwirkung	Einreibemittel	Dimeticone	NYDA®	Wiederholungs-behandlung nach 8 - 10 Tagen	Medizinprodukt	B-0243-00-00	G. Pohl-Boskamp GmbH & Co.KG
	Sofortwirkung	Einreibemittel	Dimeticone	Jacutin Pedicul Fluid	Wiederholungs-behandlung nach 8 - 10 Tagen	Medizinprodukt	B-0255-00-00	Almirall Hermal GmbH

Bitte die 1. Behandlung und die Nachbehandlung jeweils separat, tagesaktuell und unterschrieben per Mail an krank@montessori-fuerth.de
und cc an die Klassenleitung! Danke.

Stand: 22.01.2014