**Bestätigung der Eltern/Sorgeberechtigten**

Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten

des Kindes

[ ]  Ich habe das Kopfhaar meines Kindes am .................. sorgfältig mit einem Läusekamm untersucht und konnte weder Läuse, noch dicht am Haaransatz (< 1 cm) befindliche Läuse-Eier (Nissen) feststellen.

[ ]  Ich habe das Kopfhaar meines Kindes untersucht, Läuse/Nissen festgestellt und am .................. mit einem in der ‚Entwesungs­mittel­liste‘ nach § 18 Infektionsschutzgesetz aufgeführten Kopflausmittel behandelt (bitte in folgender Tabelle ankreuzen):

Stand: 15. Juni 2023

Aktueller Stand unter: www.umweltbundesamt.de/dokument/liste-ss-18-infektionsschutzgesetz

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| x | **Produkt**1 | **Wirkstoff** | **Hersteller** | **B-Nummer** |
|  | BiomoPedicul® 0,5 %  | Permethrin | biomo pharma  | B-0287-00-00 |
|  | Hedrin® Once Liquid Gel | Dimeticone + Nerolidol | Stada | B-0304-00-00 |
|  | InfectoPedicul | Permethrin | InfectoPharm | B-0232-00-00 |
|  | Jacutin Pedicul Fluid | Dimeticon Öle | Almirall Hermal | B-0255-00-00 |
|  | Nyda® | Dimeticon Öle | Pohl-Boskamp  | B-0243-00-00 |

1 Die Produkte wurden alphabetisch sortiert. Die Reihenfolge stellt deshalb keine Wertung oder Empfehlung dar. Die Listung nach § 18 IfSG erfolgt auf Antrag der Firmen und nach Prüfung durch das Umweltbundesamt. Hier nicht aufgeführte Produkte können –müssen aber nicht– wirksam sein.

Ich versichere, dass ich am Tag 9 (± 24 h) nach der Erstbehandlung (= Tag 1) eine zweite Behandlung durchführen werde.

Datum Unterschrift eines Elternteils/Sorgeberechtigten

**Zeitplan für die Behandlung bei Kopflausbefall**

Bitte tragen Sie in die untenstehende Tabelle die entsprechenden Daten ein. Sie soll Ihnen helfen die notwendigen Behandlungsschritte in der richtigen Reihenfolge, zum richtigen Zeitpunkt konsequent und lückenlos durchzuführen.

Beginnen Sie die Behandlung möglichst umgehend nach Feststellung der Läuse.

* Tag 1 entspricht dem Tag der ersten Läusebehandlung (möglichst dem Tag der Feststellung)
* Die grau hinterlegten Felder zeigen Ihnen an, wann Sie welche Behandlungsschritte durchführen müssen.
* Tragen Sie bitte das entsprechende Datum ein und machen Sie ein Kreuz für jeden durchgeführten Behandlungsschritt. Sind alle grauen Felder angekreuzt, ist die Behandlung beendet.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tag** | **Datum** (bitte eintragen) | **Behandlung** mit einem geeigneten Produkt | **Nasses** **Auskämmen**mit Nissenkamm und Haar-Spülung |
| **1** |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| **9**1 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| **13**2 |  |  |  |

1 Die zweite Behandlung ist zwingend erforderlich, auch wenn manche Herstelle anderes behaupten. Sie kann auch an den Tagen 8 oder 10 erfolgen.

2 Es ist empfehlenswert nach weiteren vier Tagen (=Tag 17) den Kopf nochmals zu kontrollieren, insbesondere dann, wenn sich sehr viele Läuse auf dem Kopf befanden.