



Bestätigung einer Kopflausbehandlung durch die Eltern bzw. Sorgeberechtigten

Name des Kindes _____ Klasse _____

Ich habe das Kopfhaar meines Kindes am _____ mit einem in der Entwesungsmittelliste nach § 18 Infektionsschutzgesetz aufgeführten Kopflausmittel behandelt und versichere, dass ich nach 9-10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde.

Aktuell sind Kopflauspräparate mit folgenden Wirkstoffen behördlich für die Anwendung in Gemeinschaftseinrichtungen geprüft und anerkannt:

- Allethrin (Jacutin Pedicul Spray)
- Permethrin (Infectopedicul, Besonderheit: bei Anwendung im Rahmen behördlicher Entwesungen Wiederholungsbehandlung obligatorisch)
- Pyrethrum (Goldgeist forte)
- Sojaöl, Kokosöl (Mosquito med Läuseshampoo - seit Juli 2014 im Handel nicht mehr erhältlich! Das Nachfolgeprodukt Mosquito med Läuseshampoo 10 enthält Mineralöl statt Sojaöl. Es besteht keine behördliche Prüfung und Anerkennung nach Infektionsschutzgesetz.)
- Dimeticon (NYDA, Jacutin Pedicul Fluid)

Datum

Unterschrift eines Elternteils/Sorgeberechtigten