



Finkenweg 3
03130 Spremberg

Tel.: 03563 90254 Fax: 03563 6080585
lindgrengrundschule@t-online.de

, den 05.11.2024

- Elterninformation -

Kopflausbefall in Gemeinschaftseinrichtungen

Es gilt folgende Regelung:

Bei Personen mit Kopflausbefall besteht das Besuchsverbot einer Gemeinschaftseinrichtung solange, bis durch eine wirksame Behandlung eine Weiterverbreitung ausgeschlossen ist.

Die Schule informiert die Eltern/Sorgeberechtigten zu einem bekannt gewordenen Kopflausbefall, um zu bewirken, dass die Kinder am gleichen Tag auf Kopfläuse untersucht und gegebenenfalls mit einem geeigneten Mittel entsprechend der Vorschrift behandelt werden.

Die Durchführung der notwendigen Maßnahmen, wie Behandlung, Kontrolle und begleitenden hygienische Maßnahmen, liegt in der Verantwortung der Eltern/Sorgeberechtigten.

Liegt eine Bestätigung der Eltern/Sorgeberechtigten (siehe Anlage) über eine korrekt durchgeführte Erstbehandlung vor, kann das Kind die Einrichtung wieder besuchen. Ein ärztliches Attest zur Bestätigung ist dann, nach aktueller Empfehlung, vorerst nicht erforderlich.

Je nach angewendetem Produkt ist eine Zweitbehandlung nötig. Die ordnungsgemäße Durchführung muss von den Eltern/Sorgeberechtigten auch bestätigt werden.

Die ärztliche Bescheinigung wird nur verlangt, wenn bei einer Person innerhalb von vier Wochen wiederholt Läuse auftreten. (Empfehlung des RKI)

Die Schule ist gegenüber dem Gesundheitsamt verpflichtet, diesem unverzüglich eine namentliche Mitteilung über den Läusebefall zu geben.

(Grundlage: Infektionsschutzgesetz, § 34, Absätze 1, 5 und 6)

Höfer
Rektorin

Erklärung der Eltern über eine sachgerecht durchgeführte Behandlung gegen Kopfläuse zur Vorlage in der Gemeinschaftseinrichtung

Vorname und Name des Kindes

Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich, dass ich...

- ...den Kopf meines Kindes mit einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht und keine Läuse, Larven oder Nissen gefunden habe.
- ...den Kopf meines Kindes untersucht habe, einen Kopflausbefall festgestellt habe und die Behandlung mit einem sachgerechten Mittel durchgeführt habe.

- Datum der Behandlung:

- Verwendetes Kopflausmittel:

Ich versichere, dass ich die Behandlung entsprechend den Herstellerhinweisen in den nächsten zwei Wochen fortführen werde, insbesondere die Zweitbehandlung mit dem Kopflausmittel nach acht bis zehn Tagen.

Ort, Datum und Unterschrift einer sorgeberechtigten Person