

Liebe LehrerInnen, liebe ErzieherInnen,

In Ihrer Klasse/Gruppe wurde ein Kopflausbefall gemeldet.

Bitte folgen Sie unserer **Schritt für Schritt-Anleitung**.

Dann werden die Kopfläuse Sie und uns nicht weiter jucken ☺

1. Bitte melden Sie uns den Fall namentlich.
2. Bitte **teilen Sie den Kopflausbefall** ohne Namensnennung des/der Betroffenen **allen Eltern der Klasse/Gruppe mit**. Eine hierfür geeignete Elternmitteilung, einschließlich Rücklaufabschnitt, liegt diesem Schreiben bei.
3. Sollte bis am 4. Tag nach Ausgabe der Rücklaufabschnitt nicht bei Ihnen eingegangen sein, empfehlen wir, eine **Kontrolluntersuchung bei den entsprechenden Kindern selbst durchzuführen**, soweit die elterliche Zustimmung dazu vorliegt.

Für Ihre Mitarbeit danken wir Ihnen ganz herzlich.

Ihr Gesundheitsamt des Landkreises Aurich

Liebe Eltern,

Kopfläuse haben nichts mit persönlicher Sauberkeit zu tun. Immer wieder kommen sie dort vor, wo Kinder ihre Köpfe zusammenstecken.

In der Klasse/Gruppe Ihres Kindes sind nun Kopfläuse aufgetreten.

Damit die unerwünschten Mitbewohner rasch wieder verschwinden, ist Ihre Mithilfe erforderlich.

Bitte untersuchen Sie die Haare Ihres Kindes gründlich auf Kopfläuse bzw. deren Vorstufen (Eier/Nissen). Feuchten Sie das Haar mit Wasser und normaler Haarspülung an und scheideln Sie es bei gutem Licht in Zentimeterabständen systematisch zu Strähnen ab, die Sie mit einem Kamm durchkämmen. Der hierbei verwandte Kamm sollte möglichst eng stehende Zinken aufweisen (Abstand der Zinken $<0,2$ mm). Ideal ist ein Nissenkamm, wie er in Apotheken erhältlich ist. Wenn Sie dabei lebende Läuse (ca. 3 mm groß und flink) und/oder Eier (1-2 mm groß, nicht am Haar verschieblich) finden, haben Sie bei Ihrem Kind einen Kopflausbefall festgestellt.

Wenn kein Kopflausbefall vorliegt, geben Sie bitte den folgenden Abschnitt Ihrem Kind unterschrieben in die Schule/den Kindergarten mit.

.....

Name des Kindes _____

den Kopf meines Kindes habe ich am _____.____.202__ wie oben beschrieben untersucht und keine Läuse oder Nissen gefunden.

Datum _____.____.202__

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Sollten Sie jedoch bei Ihrem Kind einen **Kopflausbefall festgestellt** haben, folgen Sie bitte unserer **Schritt für Schritt-Anleitung**, damit die Kopfläuse Ihr Kind, Sie und uns nicht weiter jucken ☺ !

1. Bitte melden Sie den Kopflausbefall entsprechend der bestehenden gesetzlichen Vorgaben an die Schule/den Kindergarten
2. Ihr Kind darf die Schule/den Kindergarten **nach Erstbehandlung** mit einer der folgenden Substanzen bzw. Mittel **entsprechend Gebrauchsanweisung(!)** so-fort wieder besuchen:

Arzneimittel: **Allethrin (Bioallethrin) – Jacutin Pedicul Spray[®]**,
Permethrin – INFECTOPEDICUL, sowie Infectopedicul-extra[®]

Medizinprodukte: **Nyda[®]**
Jacutin Pedicul Fluid[®]

[Bekanntmachung nach § 18 IfSG \(Entwesungsliste\)](#)

Diese Mittel erhalten Sie auch ohne Rezept in der Apotheke. Bei Kindern unter 12 Jahren werden die Kosten von der Krankenkasse übernommen, wenn Sie ein Rezept vorlegen.

3. Bitte trennen Sie die beiliegende **Bestätigung** über die Erstbehandlung ab und geben Sie diese unterschrieben Ihrem Kind mit in die Schule/den Kindergarten.
4. Bitte untersuchen Sie die Köpfe **aller Familienmitglieder** auf Kopfläuse und führen Sie, falls erforderlich, auch dort eine Behandlung durch.

Wichtig:

5. Bitte führen Sie bei Ihrem Kind, entsprechend der Gebrauchsanweisung des jeweiligen Mittels, die **Zweitbehandlung am 9. oder 10. Tag nach der Erstbehandlung** durch.
6. Bitte geben Sie Ihrem Kind die beiliegende Bestätigung über die Zweitbehandlung unterschrieben mit in die Schule/den Kindergarten.

Für Ihre Mitarbeit danken wir Ihnen ganz herzlich!

Ihr Gesundheitsamt des Landkreises Aurich

Erstbehandlung bei Läusebefall

Name des Kindes _____

- Ich habe mein oben genanntes Kind am _____.____.202__ mit einem der im Anschreiben genannten Mittel und entsprechend der Vorgaben der Packungsbeilage behandelt.
- Ich versichere, dass ich am 9. oder 10. Tag eine zweite Behandlung durchführen werde.
- Alle weiteren Familienmitglieder wurden auf Kopfläuse untersucht und, falls erforderlich, ebenfalls behandelt.

Datum _____.____.202__

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

.....

Zweitbehandlung bei Läusebefall

Name des Kindes _____

Ich habe mein oben genanntes Kind am _____.____.202__ zum zweiten Mal mit einem der im Anschreiben genannten Mittel und entsprechend der Vorgaben der Packungsbeilage behandelt.

Datum _____.____.202__

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r