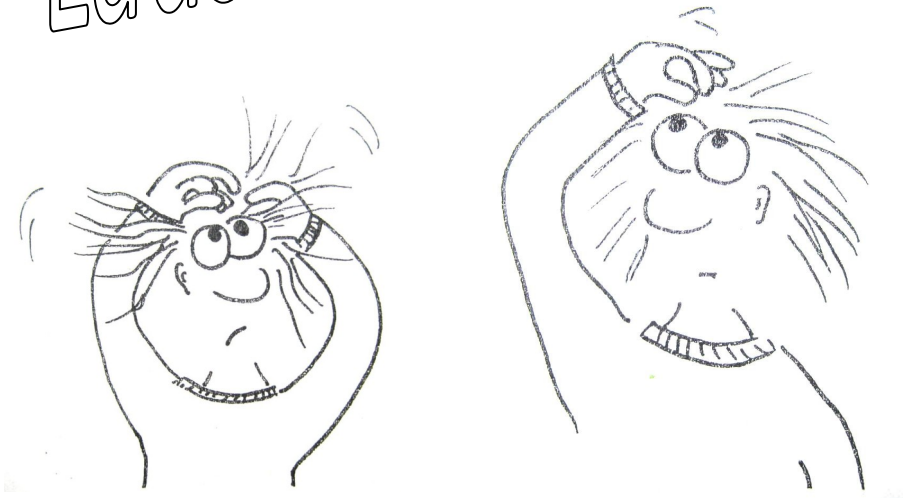


Läuse-Alarm-Heft



Name

Klasse

Geschwisterkind*er in Klasse*n

Datum:	Läuse-Alarm in der Schule
<p>Hiermit erkläre ich, dass ich</p> <p><input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.</p>	
Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Datum:	Läuse-Alarm in der Schule
<p>Hiermit erkläre ich, dass ich</p> <p><input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.</p>	
Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Datum:	Läuse-Alarm in der Schule
Hiermit erkläre ich, dass ich	
<input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.	
oder	
<input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.	
Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Datum:	Läuse-Alarm in der Schule
Hiermit erkläre ich, dass ich	
<input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.	
oder	
<input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.	
Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Januar 2018

Liebe Eltern,

Sie halten die erste Ausgabe unseres „Läuse-Alarm-Heftes“ in den Händen.

Es ist entstanden, um dem bisherigen Papierverbrauch in Läuse-Alarm-Situationen entgegenzuwirken und trotzdem die Verbreitung von Läusen wirksam zu verhindern. Grundlage ist der Beschluss der Schulkonferenz vom 10.01.2017.

Damit uns das gemeinsam gelingt, ist Folgendes zu beachten:

Jedes Kind hat sein Läuse-Alarm-Heft immer in der Postmappe bzw. Schulmappe.

Verliert Ihr Kind das Heft, haben Sie die Möglichkeit, sich über die Homepage unserer Schule ein neues Heft auszudrucken.

Wir unterscheiden beim Auftreten von Läusen folgende Situationen:

- A** Lehrer*innen oder Erzieher*innen vermuten Kopfläuse/stellen Kopfläuse fest
- B** Eltern stellen Kopfläuse bei ihrem Kind fest
- C** In einer Klasse/Hortgruppe bzw. in mehreren Klassen/Hortgruppen sind Kopfläuse vermutet/festgestellt worden

Näheres erfahren Sie auf der nächsten Seite.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!



U. Banach (Schulleiterin)

Der Beschluss der Schulkonferenz der Birger-Forell-Grundschule vom 10.01.2017 zum Thema Läuse wird wie folgt angepasst:

Die Schulkonferenz der Birger-Forell-Schule beschließt folgende Regelung zur Bekämpfung von Läusebefall und zur Vermeidung von Ansteckung, basierend auf dem „**Eltern-Merkblatt zum Schutz und zum Umgang mit Infektionskrankheiten**“, verfasst durch die Senatsverwaltung BJW vom 22. Mai 2014:

Kopflausbefall zählt als Infektionserkrankung und unterliegt deshalb besonderen Regularien:

1. **Jede** Erkrankung muss der Schule mitgeteilt werden. Eltern und sonstige Sorgeberechtigte haben gegenüber der Schule als Gemeinschaftseinrichtung eine **Informationspflicht** nach §34 Abs. 5 Satz 2 Infektionsschutzgesetz.

Werden Läuse festgestellt, gilt ein **Besuchsverbot** in der Gemeinschaftseinrichtung Schule.

2. **Situation A: Lehrer*innen oder Erzieher*innen vermuten Kopfläuse/stellen Kopfläuse fest**

Kinder, bei denen Lehrer*innen oder Erzieher*innen einen Läusebefall vermuten oder feststellen, müssen sofort abgeholt werden.

Der Schulbesuch am nächsten Tag ist nur durch Vorlage einer **ärztlichen** Bescheinigung gestattet mit dem Befund, dass das Kind frei von Nissen und Kopfläusen ist.

Datum:	Läuse-Alarm in der Schule
Hiermit erkläre ich, dass ich	
<input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.	
oder	
<input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.	
Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Datum:	Läuse-Alarm in der Schule
Hiermit erkläre ich, dass ich	
<input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.	
oder	
<input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.	
Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Datum:	Läuse-Alarm in der Schule
<p>Hiermit erkläre ich, dass ich</p> <p><input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.</p>	
Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Datum:	Läuse-Alarm in der Schule
<p>Hiermit erkläre ich, dass ich</p> <p><input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.</p>	
Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

3.

Situation B: Eltern stellen Kopfläuse bei ihrem Kind fest (Seite 6-7)

Der Läusebefall wird der Schule mitgeteilt. Selbstverständlich wird den Name des Kindes nicht weitergegeben.

Der Läusebefall wird behandelt. Das Kind wird durch Vorlage der Erklärung (ab Seite 6) wieder zum Unterricht zugelassen.

Alle Geschwisterkinder und weitere Kontaktpersonen werden ebenfalls auf Kopfläuse untersucht. Eine Bestätigung (ab Seite 6) wird der Schule vorgelegt.

4.

Situation C: In einer Klasse/Hortgruppe bzw. in mehreren Klassen/Hortgruppen sind Kopfläuse vermutet/festgestellt worden (Seite 8-15)

Alle Kinder der Schule werden durch Eintrag des Datums im Läuse-Alarm-Heft darüber informiert, dass ein Läusebefall festgestellt wurde.

In allen Hortgruppen werden die Eltern durch Aushänge informiert.

Wird die Erklärung (ab Seite 8) am nächsten Schultag nicht unterschrieben vorgelegt, muss das Kind umgehend von der Schule abgeholt werden.

Situation B: Eltern stellen Kopfläuse bei ihrem Kind fest

Hiermit erkläre ich,

- dass ich bei meinem Kind einen Kopflausbefall festgestellt und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.
- dass ich nach der Behandlung den Kopf meines Kindes mit Hilfe eines Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und keine Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.
- dass alle Geschwisterkinder und weitere Kontaktpersonen ebenfalls auf Kopfläuse untersucht wurden. Dieses wird der Schule mit meiner Unterschrift in diesem Läuse-Alarm-Heft bestätigt.

Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte
Namen der Geschwisterkinder, die ebenfalls auf Kopfläuse untersucht wurden:	

Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte
Namen der Geschwisterkinder, die ebenfalls auf Kopfläuse untersucht wurden:	

Datum:	Läuse-Alarm in der Schule
Hiermit erkläre ich, dass ich	
<input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.	
oder	
<input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.	
Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Datum:	Läuse-Alarm in der Schule
Hiermit erkläre ich, dass ich	
<input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.	
oder	
<input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.	
Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Datum:		Läuse-Alarm in der Schule	
Hiermit erkläre ich, dass ich			
<input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.			
oder			
<input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.			
Datum		Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte	

Datum:		Läuse-Alarm in der Schule	
Hiermit erkläre ich, dass ich			
<input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.			
oder			
<input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.			
Datum		Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte	

Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte
Namen der Geschwisterkinder, die ebenfalls auf Kopfläuse untersucht wurden:	

Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte
Namen der Geschwisterkinder, die ebenfalls auf Kopfläuse untersucht wurden:	

Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte
Namen der Geschwisterkinder, die ebenfalls auf Kopfläuse untersucht wurden:	

Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte
Namen der Geschwisterkinder, die ebenfalls auf Kopfläuse untersucht wurden:	

Situation C: In einer Klasse/Hortgruppe bzw. in mehreren Klassen/Hortgruppen sind Kopfläuse vermutet/ festgestellt worden

In einer Klasse/Hortgruppe bzw. in mehreren Klassen/Hortgruppen der Schule sind (heute) Kopfläuse vermutet/ festgestellt worden.

Füllen Sie bitte nachfolgende Erklärung aus und geben Sie diese Ihrem Kind morgen mit zur Schule.

Wird diese Erklärung nicht vorgelegt, werden Sie informiert, dass Sie Ihr Kind umgehend von der Schule abholen müssen.

Danke für Ihre Mithilfe!

Datum:	Läuse-Alarm in der Schule
Hiermit erkläre ich, dass ich	
<input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.	
oder	
<input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.	
Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Datum:	Läuse-Alarm in der Schule
Hiermit erkläre ich, dass ich	
<input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.	
oder	
<input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.	
Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Datum:	Läuse-Alarm in der Schule
Hiermit erkläre ich, dass ich	
<input type="checkbox"/> den Kopf meines Kindes mit Hilfe von Pflegespülung und einem Läuse- oder Nissenkamm sorgfältig untersucht habe und <u>keine</u> Läuse, Larven oder Nissen mit entwicklungsfähigen Eiern gefunden habe.	
oder	
<input type="checkbox"/> bei meinem Kind einen <u>Kopflausbefall festgestellt</u> und die Behandlung mit einem zur Tilgung von Kopfläusen geeigneten Arzneimittel/Medizinprodukt durchgeführt habe. Ich versichere, dass ich die Behandlung nach dem empfohlenen Schema fortführe.	
Datum	Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte