



Kindertagesstätten Nord e. V.
Landrat-Christians-Str. 10, 28779 Bremen



Kindertagesbetreuung

Telefon (0421) 6 20 70 16

Telefax (0421) 6 20 70 17

m@il: kita.nord@gmx.de

INFO KOPFLÄUSE

Liebe Eltern,

in der Gruppe Ihres Kindes wurde ein Befall mit Kopfläusen bekannt. Um eine weitere Ausbreitung des Kopflausbefalls in unserer Einrichtung einzugrenzen bitten wir Sie, folgende Hinweise zu beachten:

Kämmen Sie das Haar Ihres Kindes mit einem angefeuchteten Staubkamm (Läusekamm) sorgfältig durch und achten Sie auf ausgekämmte Kopfläuse. Staubkämme erhalten Sie in Der Apotheken oder in Drogerien.

Was ist zu tun, wenn bei Ihrem Kind ein Kopflausbefall festgestellt wird?

- Kämmen Sie das Haar **aller** Familienmitglieder gründlich aus.
- Alle betroffenen Personen sollten umgehend behandelt werden. Die Behandlung sollte bei mehreren Betroffenen innerhalb einer Familie immer gleichzeitig erfolgen. Geeignete Präparate (Mittel) werden vom behandelnden Arzt verschrieben oder können in jeder Apotheke ohne Rezept gekauft werden. Eine **vorbeugende Behandlung** gegen Kopfläuse **ist nicht möglich** und daher nicht sinnvoll (Belastung für das Kind)!
- Gemäß § 34 (5) Infektionsschutzgesetz müssen die Eltern im Fall eines Kopflausbefalls ihres Kindes die Leitung der Kindertageseinrichtung (Hort) über diesen Befund informieren.
- Nach der Behandlung kann Ihr Kind wieder in die Kindertageseinrichtung gehen, wenn keine Weiterverbreitung der Läuse zu befürchten ist. Abhängig vom verwendeten Präparat ist noch eine zweite Behandlung, 8 – 10 Tage später erforderlich. Hinweise hierzu finden Sie auf der Gebrauchsanweisung des Präparates Ihrer Wahl.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Kopfläuse... Jeder kann sie bekommen, keiner muss sie behalten“. Hilfestellung bietet auch das **Gesundheitsamt Bremen: Tel.: 361 – 15551** (tägl. zwischen 10:00 und 12:00 Uhr und nach Vereinbarung).

Wir hoffen, dass dank Ihrer Mithilfe die Befallskette unterbrochen werden kann.

Der Träger

Kindertagesstätten Nord e. V.

-----**Bitte hier abtrennen und in der Einrichtung abgeben**-----

Erklärung der Sorgeberechtigten des Kindes _____ über die Erstbehandlung.

() Ich habe den Kopf meines Kinder untersucht und keine Läuse oder Nissen gefunden.

() Ich habe den Kopf meines Kinder untersucht und Läuse / Nissen gefunden.

() Ich habe den Kopflausbefall mit folgendem anerkanntem Mittel gegen Kopfläuse

_____ (Name des Mittels) am _____ (Datum) behandelt.

() Ich versichere, dass ich in 8 bis 10 Tagen eine 2. Behandlung mit diesem Mittel vornehmen werde.

() Alle anderen Familienmitglieder in unserem Haushalt wurden mitbehandelt.

Bremen, _____

(Datum, Name und Unterschrift der Erziehungsberechtigten)