



Name des Schülers: _____, Klasse: _____

Einverständniserklärung zur Zeckenentfernung

Aus medizinischer Sicht ist das Entfernen von Zecken möglichst zeitnah zum Zeckenbiss sinnvoll. Um eine Zecke bei Ihrer Tochter/Ihrem Sohn entfernen zu können, benötigen wir Ihr Einverständnis.

Sollten wir bei Ihrem Kind während der Betreuung in der Schule (u.a. auch bei Tagesausflügen, Klassenfahrten) eine Zecke entdecken, werden wir diese unmittelbar entfernen. Wurde die Zecke entfernt, informieren wir Sie über eine Mitteilung.

Wir bitten Sie auch nach dem Entfernen der Zecke darauf zu achten, ob bei Ihrer Tochter/Ihrem Sohn folgende Reaktionen zu beobachten sind:

Entzündung der Bissstelle
Kreisrote Entzündung am Körper
Allgemeines Krankheitsempfinden

Treten solche Reaktionen auf, stellen Sie bitte Ihr Kind einem Arzt vor.

Mit der Entfernung der Zecke durch

Direktorat
Sekretariat
Lehrkräfte

Bin ich/sind wir einverstanden:

☐ Ja

☐ Nein

Falls Sie mit einer Zeckenentfernung durch uns nicht einverstanden sind, wird für den Fall eines Zeckenbisses folgende Vorgehensweise vereinbart:

Wir werden Sie umgehend telefonisch oder per E-Mail in Kenntnis setzen.

Datum: _____
(Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)