

Mitteilung über Kopflausbefall des Kindes

Name: _____ Vorname: _____ Kl. _____

Ich habe bei meinem Kind Kopfläuse festgestellt.

Ich habe mich von einem Arzt / Apotheker beraten lassen und bestätige die Durchführung einer Behandlung entsprechend dem Beipackzettel des Mittels.

Verwendetes Mittel: _____ (Angabe freiwillig)

Ich werde nach 8 - 10 Tagen die Bescheinigung über die durchgeführte Zweitbehandlung vorlegen.

_____ Datum	_____ Unterschrift eines Erziehungsberechtigten
✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂	

Mitteilung über die Zweitbehandlung des Kindes

Name: _____ Vorname: _____ Kl. _____

Ich habe die notwendige Zweitbehandlung meines Kindes gegen Kopfläuse heute durchgeführt.

_____ Datum	_____ Unterschrift eines Erziehungsberechtigten
----------------	--