

1. Behandlungsbestätigung



Bei meinem Kind _____ wurde ein Kopflausbefall festgestellt.
Name, Vorname

Ich habe die Haare meines Kindes am _____ mit dem folgenden Präparat (Bitte ankreuzen)

- Goldgeist® forte Lösung
- Infectopedicul® Lösung
- Jacutin® Pedicul Fluid
- Jacutin® Pedicul Spray
- Nyda-L® (Nyda wird laut Info einer Mutter von Krankenkassen bezahlt!)
- Mosquito® Läuse-Shampoo
- Anderes Präparat, nämlich: _____

behandelt und die Anwendungsvorschriften genau befolgt. Ich verpflichte mich zu einer 2. Behandlung (Wiederholungsbehandlung) nach 8 – 10 Tagen. Eine sorgfältige Untersuchung der Kopfhaut und der Haare auf lebende Läuse erfolgt täglich.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

✂.....

2. Behandlungsbestätigung



Bei meinem Kind _____ wurde ein Kopflausbefall festgestellt.
Name, Vorname

Ich habe die Haare meines Kindes am _____ mit dem folgenden Präparat (Bitte ankreuzen)

- Goldgeist® forte Lösung
- Infectopedicul® Lösung
- Jacutin® Pedicul Fluid
- Jacutin® Pedicul Spray
- Nyda-L® (Nyda wird laut Info einer Mutter von Krankenkassen bezahlt!)
- Mosquito® Läuse-Shampoo
- Anderes Präparat, nämlich: _____

behandelt. Sollte es innerhalb der nächsten 4 Wochen zu einem erneuten Kopflausbefall kommen, werde ich die Schule unverzüglich benachrichtigen, sofort eine erneute Behandlung durchführen und den Behandlungserfolg vor Wiederbesuch der Schule durch ein **ärztliches Attest** oder eine **Bescheinigung vom Gesundheitsamt** bestätigen lassen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

