

Bestätigung zur Kopflausbehandlung

Bei meiner Tochter/meinem Sohn

wurde am Befall durch Kopfläuse festgestellt.

Ich bestätige, dass ich am

abtötende Behandlungen mit mechanischer Entfernung der Läuse und Nissen korrekt durchgeführt bzw. veranlasst habe. (Bei Befund von kopfhautfernen leeren Nissen kann **gründliche Kontrolle mit mechanischer Entfernung der Nissen** ausreichend sein.)

Ich werde auch **weitere Kontrollen** (tägliches Auskämmen/Kontrollieren über 21 Tage) und **mindestens eine weitere abtötende Behandlung am 9./10. Tag** durchführen.

.....
(Unterschrift einer/s Sorgeberechtigten)

Bitte im Sekretariat abgeben