

## Bestätigung der Behandlung nach Kopflausbefall

### Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten

- Wir haben den Kopf unseres Kindes untersucht und dabei Läuse/Nissen gefunden.
- Wir haben unser Kind mit einem Kopflausmittel als ERSTBEHANDLUNG gegen Läuse und Nissen behandelt.
- Wir versichern, dass wir die entsprechenden Nachbehandlungen sowie hygienische Maßnahmen durchgeführt haben bzw. durchführen werden.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Gruppe: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Bestätigung der Behandlung nach Kopflausbefall

### Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten

- Wir haben den Kopf unseres Kindes untersucht und dabei Läuse/Nissen gefunden.
- Wir haben unser Kind mit einem Kopflausmittel als ERSTBEHANDLUNG gegen Läuse und Nissen behandelt.
- Wir versichern, dass wir die entsprechenden Nachbehandlungen sowie hygienische Maßnahmen durchgeführt haben bzw. durchführen werden.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Gruppe: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_