

Zutreffendes bitte ankreuzen
Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten des Kindes

Name des Kindes _____, Vorname _____ Klasse _____

Kontrolle

- Ich habe die Informationen über Kopflausbefall zur Kenntnis genommen
- Ich habe den Kopf meines Kindes gründlich kontrolliert und keine Läuse oder Nissen gefunden. Die Kontrolle werde ich bei meinem Kind in den nächsten 4 Wochen mehrfach wiederholen.

Behandlung am Tag 1

- Ich habe den Kopf meines Kindes kontrolliert und Läuse und / oder Nissen gefunden

Ich habe den Kopf mit ----- Mittel am----- behandelt.

Datum

Unterschrift eines Elternteils / Sorgeberechtigten

Bitte hier abtrennen und in Kindergarten, Schule abgeben

✂-----

Zutreffendes bitte ankreuzen
Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten des Kindes

Behandlung am Tag 8

Name des Kindes _____, Vorname _____ Klasse _____

- Ich habe am ----- die 2. Behandlung mit----- (Mittel) durchgeführt
- Ich habe den Kopf meines Kindes gründlich kontrolliert und keine Läuse gefunden.
- Es sind alle Köpfe der häuslichen Gemeinschaft kontrolliert und es wird in den nächsten 4 Wochen mehrfach wiederholt.
- Ich habe erneut Läuse gefunden und werde die Behandlung wieder beginnen

Datum

Unterschrift eines Elternteils / Sorgeberechtigten

Zutreffendes bitte ankreuzen
Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten des Kindes

Name des Kindes _____, Vorname _____ Klasse _____

Kontrolle

- Ich habe die Informationen über Kopflausbefall zur Kenntnis genommen
- Ich habe den Kopf meines Kindes gründlich kontrolliert und keine Läuse oder Nissen gefunden. Die Kontrolle werde ich bei meinem Kind in den nächsten 4 Wochen mehrfach wiederholen.

Behandlung am Tag 1

- Ich habe den Kopf meines Kindes kontrolliert und Läuse und / oder Nissen gefunden

Ich habe den Kopf mit ----- Mittel am----- behandelt.

Datum

Unterschrift eines Elternteils / Sorgeberechtigten

Bitte hier abtrennen und in Kindergarten, Schule abgeben

✂-----

Zutreffendes bitte ankreuzen
Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten des Kindes

Behandlung am Tag 8

Name des Kindes _____, Vorname _____ Klasse _____

- Ich habe am ----- die 2. Behandlung mit----- (Mittel) durchgeführt
- Ich habe den Kopf meines Kindes gründlich kontrolliert und keine Läuse gefunden.
- Es sind alle Köpfe der häuslichen Gemeinschaft kontrolliert und es wird in den nächsten 4 Wochen mehrfach wiederholt.
- Ich habe erneut Läuse gefunden und werde die Behandlung wieder beginnen

Datum

Unterschrift eines Elternteils / Sorgeberechtigten