

Formular

Bestätigung des Behandlungserfolgs nach Kopflausbefall

Name, Vorname der/des Sorgeberechtigten

Name der Schülerin / des Schülers

Die Behandlung gegen Kopfläuse wurde von mir/uns sachgerecht und mit Erfolg durchgeführt.
Nach ärztlichem Urteil ist mein/unser Kind frei von Kopfläusen.

.....
behandelnder Arzt (freiwillige Angabe)

Mir/Uns ist bekannt, dass 9 bis 10 Tage nach der ersten Behandlung eine Nachkontrolle und
Wiederholungsbehandlung durchgeführt werden muss.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

.....
Bitte abtrennen!

Formular

Bestätigung des Behandlungserfolgs nach Kopflausbefall

Name, Vorname der/des Sorgeberechtigten

Name der Schülerin / des Schülers

Die Behandlung gegen Kopfläuse wurde von mir/uns sachgerecht und mit Erfolg durchgeführt.
Nach ärztlichem Urteil ist mein/unser Kind frei von Kopfläusen.

.....
behandelnder Arzt (freiwillige Angabe)

Mir/Uns ist bekannt, dass 9 bis 10 Tage nach der ersten Behandlung eine Nachkontrolle und
Wiederholungsbehandlung durchgeführt werden muss.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten