



Behandlung Kopflausbefall (34IfSG)

Bestätigung über die Behandlung des Kopflausbefalls

Betr.: _____ geb. _____

Erstbehandlung:

Hiermit bestätigen wir, dass wir am _____ eine Kopflaus-Behandlung mit einem zugelassenen Präparat
(Name des Präparates: _____)

_____)
sachgerecht durchgeführt haben.

Zweitbehandlung: (immer 8 – 10 Tage nach der Erstbehandlung erforderlich):

Hiermit bestätigen wir, dass wir nach 8-10 Tagen eine Kopflaus-Behandlung mit einem zugelassenen Präparat
(Name des Präparates: _____)

_____)
sachgerecht durchgeführt haben.

Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten: