



Kopflausbefall

Erklärung der Erziehungsberechtigten:

Ich erkläre, dass ich bei unserer Tochter / unserem Sohn _____, Klasse _____ eine sachgerechte durchgeführte Behandlung mit einem zugelassenen Arzneimittel oder einem Medizinprodukt, das zur Tilgung von Kopflausbefall nachweislich geeignet ist, vorgenommen habe.

Zudem wurde das mit Wasser oder Haarpflegespülung angefeuchtete Haar sorgfältig mit einem Läusekamm ausgekämmt.

Ich garantiere, dass mein Kind Läuse- und Nissenfrei ist.

Nach 8 bis 10 Tagen werde ich eine Wiederholungsbehandlung mit einem zugelassenen Kopflausmittel veranlassen.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte