

Elternbestätigung Läusebefall

Für das Kind

Vorname, Nachname

- Hiermit bestätigen wir, dass wir eine Behandlung des Befalls von Kopfläusen durchgeführt haben.
- Wir versichern, dass bei unserem Kind nach der Behandlung und genauer Durchsicht der Haare, keine lebenden Läuse festgestellt wurden.
- Wir stellen sicher, dass die Behandlung nach 8-10 Tagen (siehe Beipackzettel) wiederholt wird.
- Wir wissen, dass für den endgültigen Erfolg der Behandlung eine regelmäßige Kontrolle bis zu 6 Wochen nach der Behandlung notwendig ist. Dies gilt für das Kind sowie auch für Familienangehörige.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten