



Bitte ankreuzen und unterschreiben!

Elternbestätigung

Hiermit bestätige ich, dass ich

Mein Kind..... Gruppe/Klasse.....

auf Kopfläuse und Nissen gemäß der Behandlungsanleitung des Läusemittels untersucht habe.

Es wurden weder Läuse noch Nissen festgestellt.

Es wurden Läuse oder Nissen festgestellt und die erste Behandlung entsprechend der Anleitung ist erfolgt.

Ich verpflichte mich, dass ich die weiteren Behandlungsschritte (Tag 5 – Tag 17) durchführen werde.

Verwendetes Präparat.....

Datum

Unterschrift der Eltern