

Bestätigung über die Bandlung des Kopflausbefalls



Name des Kindes:	Klasse:
Geburtsdatum:	

Erstbehandlung

Hiermit bestätigen wir, dass wir am ____ . ____ . _____ eine Kopflausbehandlung mit einem zugelassenen Präparat (_____) sachgerecht durchgeführt haben.
Name des Präparats

Offenbach, den ____ . ____ . _____

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Zweitbehandlung (8-10 Tage nach der Erstbehandlung)

Hiermit versichern wir, dass wir am ____ . ____ . _____ erneut eine Kopflausbehandlung mit einem zugelassenen Präparat (_____) sachgerecht durchgeführt haben.
Name des Präparats

Offenbach, den ____ . ____ . _____

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten