

1. Behandlungsbestätigung

Bei meinem Kind.....wurde ein Kopflausbefall festgestellt.

Ich habe die Haare meines Kindes am.....mit dem folgenden Präparat

- Goldgeist® forte Lösung
- Infectopedicul® Lösung
- Jacutin® N Spray
- Jacutin® Gel
- Infectopedicul Lindan® Gel
- anderes Präparat, nämlich.....

behandelt und die Anwendungsvorschriften genau befolgt. Ich verpflichte mich zu einer **2. Behandlung** (Nachbehandlung) nach **8-10 Tagen**. Eine **sorgfältige** Untersuchung der Kopfhaut und der Haare auf lebende Läuse **erfolgt täglich**.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

2. Behandlungsbestätigung

Ich habe bei meinem Kind.....am.....

eine **2. Kopflausbehandlung** (Nachbehandlung) mit dem folgenden Präparat

- Goldgeist® Lösung
- Infectopedicul® Lösung
- Jacutin® N Spray
- Jacutin® Gel
- Infectopedicul Lindan® Gel
- anderes Präparat, nämlich.....

durchgeführt.

Sollte es zu einem erneuten Kopflausbefall innerhalb der nächsten 4 Wochen kommen, werde ich die Einrichtung (Kindertagesstätte bzw. Schule) **unverzüglich** benachrichtigen, **sofort** eine erneute Behandlung durchführen und den Behandlungserfolg vor Wiederbesuch der Kindertagesstätte bzw. der Schule, durch ein **ärztliches Attest oder eine Bescheinigung des Gesundheitsamtes bestätigen lassen**.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Abs.:

Entschuldigung

Unser Kind _____, Klasse _____,
konnte am / vom _____ bis _____
nicht am Unterricht teilnehmen.

Grund: _____

_____, den _____ Datum _____ Unterschrift _____
Ort

Abs.:

Entschuldigung

Unser Kind _____, Klasse _____,
konnte am / vom _____ bis _____
nicht am Unterricht teilnehmen.

Grund: _____

_____, den _____ Datum _____ Unterschrift _____
Ort