

Elternbestätigung

Hiermit bestätige ich, dass ich

mein KindGruppe/Klasse

auf Kopfläuse und Nissen gemäß der oben genannten Anleitung untersucht habe.

Es wurden weder Läuse noch Nissen festgestellt

Es wurden Läuse und/oder Nissen festgestellt und
die erste Behandlung entsprechend der o.g. Beschreibung ist erfolgt

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

Verwendetes Präparat

Datum

Unterschrift der Eltern