

Bestätigung über die Behandlung nach Kopflausbefall

An die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung: Grundschule „An der Teufelsmauer“
Silberweg 2
06502 Blankenburg OT Timmenrode

Name, Vorname des Kindes: _____

Klasse: _____

Hiermit bestätige(n) ich / wir als Sorgeberechtigte, dass bei meinem / unserem oben genannten Kind ein Kopflausbefall festgestellt und eine sachgerechte Behandlung durchgeführt wurde.

Datum der Erstbehandlung: _____

Name des verw. Mittels: _____
(Handelsname des Mittels)

Ich versichere / wir versichern, dass die Haare entsprechend den Herstellerangaben mit einem Läusekamm ausgekämmt wurde und die notwendige

Zweitbehandlung am 08. bis 10. Tag (am _____) vorschriftsmäßig durchgeführt wurde bzw. erfolgen wird.

Durch diese erste Behandlung und das Auskämmen ist nach unserer Einschätzung und gemäß den Empfehlungen keine Weiterverbreitung mehr zu befürchten, sodass das Kind die Einrichtung wieder besuchen kann.

Ort, Datum: _____

Unterschrift eines Sorgeberechtigten: _____