

Name/Klasse: \_\_\_\_\_

Ich habe das Kopfhaar meines Kindes am \_\_\_\_\_ mit einem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassenen und / oder in der Entwesungsmittelliste nach § 18 Infektionsschutzgesetz aufgeführten Kopflausmittel behandelt und versichere, dass ich nach 9-10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift eines Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_

---

Name/Klasse: \_\_\_\_\_

Ich habe das Kopfhaar meines Kindes am \_\_\_\_\_ mit einem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassenen und / oder in der Entwesungsmittelliste nach § 18 Infektionsschutzgesetz aufgeführten Kopflausmittel behandelt und versichere, dass ich nach 9-10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift eines Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_

---

Name/Klasse: \_\_\_\_\_

Ich habe das Kopfhaar meines Kindes am \_\_\_\_\_ mit einem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassenen und / oder in der Entwesungsmittelliste nach § 18 Infektionsschutzgesetz aufgeführten Kopflausmittel behandelt und versichere, dass ich nach 9-10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift eines Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_