

Behandlung Kopflaus-Befall (§ 34 IfSG)

Bestätigung über die Behandlung des Kopflaus-Befalls

Betr.: Name, Vorname, Geburtsdatum

Erstbehandlung:

Hiermit bestätigen wir, dass wir am _____ eine Kopflaus-Behandlung mit einem zugelassenen Präparat

(Name des Präparates: _____)

sachgerecht durchgeführt haben.

Zweitbehandlung (immer 8-10 Tage nach der Erstbehandlung erforderlich):

Hiermit bestätigen wir, dass wir am _____ erneut eine Kopflaus-Behandlung mit einem zugelassenen Präparat

(Name des Präparates: _____)

sachgerecht durchgeführt haben.