

## Behandlung von Läusebefall

Bei meinem Kind \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_ wurde die Kopflausbehandlung durchgeführt.



Termin der Erstbehandlung nach Auftreten des Befalls: \_\_\_\_\_

Termin der Zweitbehandlung 8-10 Tage nach der Erstbehandlung: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift durch den behandelnden Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_

## Behandlung von Läusebefall

Bei meinem Kind \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_ wurde die Kopflausbehandlung durchgeführt.



Termin der Erstbehandlung nach Auftreten des Befalls: \_\_\_\_\_

Termin der Zweitbehandlung 8-10 Tage nach der Erstbehandlung: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift durch den behandelnden Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_