

**Erklärung zur Bestätigung einer Kopflausbehandlung durch die Eltern bzw. Sorgeberechtigten**

Erklärung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten des Kindes:

\_\_\_\_\_

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 Elternteils/Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_