

Bitte ausfüllen

Name

Kontrolle nach 8 Tagen

Behandlung wurde am wiederholt.

Datum, Unterschrift

Bitte ausfüllen

Name

Ich/wir habe/n den Elternbrief erhalten und
mein/e bzw. unser/e Kind/er

auf Kopfläuse untersucht.

Behandlung wurde am mit dem

Mittel

durchgeführt.

In 8 - 10 Tagen werde ich die Behandlung
wiederholen.

Datum, Unterschrift

Hier bitte abtrennen