

Erstbehandlung bei Läusebefall

Name des Kindes _____

- Ich habe mein oben genanntes Kind am _____.____.201__ mit einem der folgenden Substanzen bzw. Mittel entsprechend Gebrauchsanweisung (!) behandelt:

Allethrin, Permethrin, Pyrethrum, Dimeticon und Mosquito.

Näheres entnehmen Sie bitte folgender Seite:

http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/K/Kopflaus/Liste_Entwesung.html?nn=2386228

Diese Mittel erhalten Sie auch ohne Rezept in der Apotheke. Bei Kindern unter 12 Jahren werden die Kosten von der Krankenkasse übernommen, wenn Sie ein Rezept vorlegen (Ausnahme: nicht bei Mosquito).

- Ich versichere, dass ich am 8. oder 9. Tag eine zweite Behandlung entsprechend der Gebrauchsanweisung durchführen werde.
- Alle weiteren Familienmitglieder wurden auf Kopfläuse untersucht und, falls erforderlich, ebenfalls behandelt.

Datum _____.____.201__

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Zweitbehandlung bei Läusebefall

Name des Kindes _____

Ich habe mein oben genanntes Kind am _____.____.201__ zum zweiten mal mit einem der oben genannten Mittel und entsprechend der Vorgaben der Packungsbeilage behandelt.

Datum _____.____.201__

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r