

Anlage

RÜCKANTWORT

Ich/Wir habe(n) die **Informationen über Kopfläuse** zur Kenntnis genommen und unser(e) Kind(er)

Nachname

Vorname

heute auf Kopfläuse untersucht.

Bitte ankreuzen:

Untersuchungsmethode

- ☐ Auskämmen (mit Pflegespülung)
- ☐ Sorgfältiges Suchen von Eiern/Nissen in Kopfhautnähe

Untersuchungsergebnis

- ☐ Es wurde ein Kopflausbefall festgestellt und mitbehandelt.
- ☐ Es wurde kein Befall festgestellt.

Hinweis

Nach Durchführung der Erstbehandlung ist **nach 8-10 Tagen** unbedingt eine **zweite Behandlung** erforderlich.

Ort

Datum

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten