

Bestätigung über die Behandlung des Kopflaus-Befalls (§34 IfSG)

Erstbehandlung

Hiermit bestätige ich _____, dass wir am _____
eine Kopflaus-Behandlung mit einem zugelassenen Präparat _____
sachgerecht durchgeführt haben. (Name des Präparats)

Offenbach, den _____ Unterschrift: _____

Zweitbehandlung (immer 8 bis 10 Tage nach der Erstbehandlung erforderlich):

Hiermit bestätige ich _____, dass wir am _____
erneut eine Kopflaus-Behandlung mit einem zugelassenen Präparat _____
Sachgerecht durchgeführt haben. (Name des Präparats)

Offenbach, den _____ Unterschrift: _____