

Anschrift:

Datum _____

ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich mein Kind _____ mit einem geeigneten Kopflausmittel, dessen Wirksamkeit belegt ist, behandelt habe.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich ferner, nach genau 8 bis 10 Tagen die erforderliche Zweitbehandlung durchzuführen.

Unterschrift

