

### Bestätigung des Behandlungserfolges nach Lausbefall

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der/des Sorgeberechtigten  
(nicht bei volljährigen Schülerinnen und Schülern)

\_\_\_\_\_  
Name der Schülerin / des Schülers

Die Behandlung gegen den Läusebefall wurde sachgerecht und mit Erfolg durchgeführt.

Mir/Uns ist bekannt, dass 9 bis 10 Tage nach der ersten Behandlung eine Nachkontrolle und Wiederholungsbehandlung durchgeführt werden muss.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Sorgeberechtigten  
bzw. der volljährigen Schülerin / des volljährigen Schülers