

**Ärztliche Bescheinigung über  
den Behandlungserfolg nach Kopflausbefall**

Hiermit wird bescheinigt, dass das Kind.....  
nach erfolgreicher Behandlung frei von Kopflausbefall ist.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes

----- ✂

**Bestätigung einer  
Kopflausbehandlung durch die Eltern bzw. Sorgeberechtigten**

*Erklärung*                      *der*                      *Eltern/Sorgeberechtigten*                      *des*  
*Kindes*.....

Wir haben / Ich habe das Kopfhaar unseres/ meines Kindes am.....mit einem  
zugelassenen Kopflausmittel behandelt und versichern/ versichere, dass wir/ ich nach  
9 –10 Tagen eine zweite Behandlung durchführen werde/n.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte