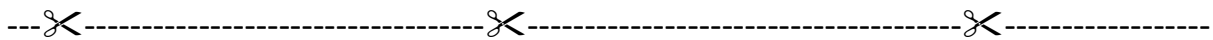


Checkliste

zur fachgerechten Behandlung eines Kopflausbefalles

Name: Datum Behandlungsbeginn (Tag 1):

Nr. Tag	Wochen-tag	Maßnahme	Erledigt?
1		1. Erste Behandlung mit dem Präparat 2. Haare auskämmen 3. Kontrolle der übrigen Familienmitglieder 4. Hygienemaßnahmen in der Wohnung	1. 2. 3. 4.
2			
3			
4			
5		Haare auskämmen	
6			
7			
8			
9		1. Zweite Behandlung mit Präparat 2. Haare auskämmen	1. 2.
10			
11			
12			
13		Haare auskämmen	
14			
15			
16			
17		Überprüfung des Behandlungserfolgs: den behaarten Kopf gründlich untersuchen	



Erklärung der Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes nach der 2. Behandlung

Name, Vorname

Gruppe/Klasse

Ich habe eine Behandlung mit dem anerkannten Kopflausmittel wie vorgeschrieben durchgeführt. Am habe/n ich / wir eine zweite Behandlung durchgeführt.

Datum

Unterschrift eines Elternteils/Sorgeberechtigten