

## **„Eltern-Attest“ zur Vorlage bei der Einrichtung**

Vorname und Name des Kindes: \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

Bei meinem o.g. Kind wurden Kopfläuse (= Pediculosis capitis) festgestellt.

Ich habe die erforderliche Therapie mit dem Mittel \_\_\_\_\_ so wie im Beipackzettel beschrieben am \_\_\_\_\_ ordnungsgemäß durchgeführt.

-----  
(Datum)

-----  
(Unterschrift Eltern)

Stempel / Unterschrift der Praxis

(Qualitätszirkel der Kinder- u. Jugendärzte im Kreis Warendorf zusammen mit dem Gesundheitsamt Kreis Warendorf, 11.2017)

Vers.1.4

## **„Eltern-Attest“ zur Vorlage bei der Einrichtung**

Vorname und Name des Kindes: \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

Bei meinem o.g. Kind wurden Kopfläuse (=Pediculosis capitis) festgestellt.

Ich habe die erforderliche Therapie mit dem Mittel \_\_\_\_\_ so wie im Beipackzettel beschrieben am \_\_\_\_\_ ordnungsgemäß durchgeführt.

-----  
(Datum)

-----  
(Unterschrift Eltern)

Stempel / Unterschrift der Praxis

(Qualitätszirkel der Kinder- u. Jugendärzte im Kreis Warendorf zusammen mit dem Gesundheitsamt Kreis Warendorf, 11.2017)

Vers.1.4