

„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