

Erstbehandlung bei Läusebefall

Name des Kindes _____

- Ich habe mein oben genanntes Kind am _____.____.202__ mit einem der folgenden Substanzen bzw. Mittel entsprechend Gebrauchsanweisung (!) behandelt:

Arzneimittel: **Allethrin (Bioallethrin) – Jacutin Pedicul Spray[®],**
Permethrin – INFECTOPEDICUL, sowie Insectopedicul-extra[®]

Medizinprodukte: **Nyda[®]**
Jacutin Pedicul Fluid[®]

[Bekanntmachung nach § 18 IfSG \(Entwesungsliste\)](#)

Diese Mittel erhalten Sie auch ohne Rezept in der Apotheke. Bei Kindern unter 12 Jahren werden die Kosten von der Krankenkasse übernommen, wenn Sie ein Rezept vorlegen.

- Ich versichere, dass ich am 8. oder 9. Tag eine zweite Behandlung entsprechend der Gebrauchsanweisung durchführen werde.

- Alle weiteren Familienmitglieder wurden auf Kopfläuse untersucht und, falls erforderlich, ebenfalls behandelt.

Datum _____.____.202__

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Zweitbehandlung bei Läusebefall

Name des Kindes _____

Ich habe mein oben genanntes Kind am _____.____.202__ zum zweiten Mal mit einem der oben genannten Mittel und entsprechend der Vorgaben der Packungsbeilage behandelt.

Datum _____.____.202__

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r