

## 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<sup>®</sup>,**  
**Permethrin – INFECTOPEDICUL, sowie Infectopedicul-extra<sup>®</sup>**

Medizinprodukte: **Nyda<sup>®</sup>**  
**Jacutin Pedicul Fluid<sup>®</sup>**

[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