

**Anmeldung zur Beratung**

Datum:

**Angaben zur Schülerin/ zum Schüler:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Klasse/ Schule \_\_\_\_\_ Ort/ Telefon \_\_\_\_\_ Klassenlehrkraft \_\_\_\_\_

**Angaben zur Familie des Kindes:**

Vor- und Nachname der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_ Sprache in der Familie/Muttersprache des Kindes \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit \_\_\_\_\_

Sorgerecht: ( ) beide Eltern, ( ) Mutter, ( ) Vater

**Beratungsanlass:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dieses Formular dient zur Kontaktaufnahme durch die Eltern mit dem schulpsychologischen Dienst oder der Schulberatung. Nach Eingang des Kontaktformulars setzen wir uns mit den Erziehungsberechtigten zeitnahe in Verbindung.

**Hinweise zum Datenschutz:**

Die, in diesem Anmeldebogen erhobenen persönlichen Daten, werden von mir nicht digital verarbeitet oder gespeichert. Es kann aber vorkommen, dass persönliche Daten, wie z.B. das Geburtsdatum Ihres Kindes oder Ihre Anschrift/ Telefonnummer an andere Beratungsfachkräfte, die zuständige Schulpsychologin (z.B. im Fall einer schulpsychologischen Stellungnahme) oder andere Fachdienste (Therapeuten, Psychologische Praxen usw.) übermittelt werden müssen.

**Einverständniserklärung:**

Wir sind damit einverstanden, dass zur Abklärung der oben genannten Problematik unter Umständen psychologische Testverfahren (z.B. Begabungstests) durchgeführt werden. Die Ergebnisse werden vertraulich behandelt. Sie werden uns mitgeteilt und erläutert.

\_\_\_\_\_  
Ort,

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

## Entbindung von der Schweigepflicht

Mein/ unser Kind \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

Schule \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

### Hiermit entbinde/n ich/wir

Name: \_\_\_\_\_  
Vor- und Zunahme der Erziehungsberechtigten

Wohnhaft in \_\_\_\_\_  
Straße, Ort

gegenüber **der Beratungslehrkraft/ Schulpsychologien** \_\_\_\_\_

### folgende Personen von ihrer Schweigepflicht:

Vor- und Zuname,	
Funktion	Lehrerin
Inhalte	<input type="checkbox"/> Notenbild <input type="checkbox"/> Schulische Situation <input type="checkbox"/> Testergebnisse

Vor- und Zuname	
Funktion	
Inhalte	

Die Schweigepflichtsentbindung gilt **wechselseitig**, d.h. auch die **Beratungslehrkraft/ Schulpsychologin** \_\_\_\_\_ ist **gegenüber der oben aufgeführten Personen von ihrer Schweigepflicht** (§ 203 StGB Abs. 2) entbunden.

Ich handle im Einvernehmen mit dem weiteren Sorgeberechtigten

**Vorliegende Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit von mir/ uns widerrufen werden!**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten