

Anmeldung zur schulpsychologischen Einzelfallberatung

Schule:

(Name, Ort)

Klassenleitung:

(Name, Dienstmail, ggf. Tel.)

**Wer wünscht
die Beratung?**

(Mehrfachnennung
möglich)

☐ Schulleitung

☐ Klassenleitung

☐ sonstiges päd. Personal: _____

☐ Schülerin/Schüler*

☐ Eltern

Anmeldegrund/Thema: _____

Wie genau äußert sich das Problem im Schulalltag?

Beratungsziel

Was soll durch die Zusammenarbeit mit der Schulpsychologie erreicht werden?

Welche schulischen Maßnahmen wurden oder werden bereits unternommen?

(z.B. Elterngespräche, Förderung, Schulsozialarbeit, Klassenwiederholung, Erziehungsmaßnahmen, Antrag zur Feststellung von Teilleistungsstörungen oder sonderpädagogischem Förderbedarf)

**Welche außerschulischen Maßnahmen wurden oder werden bereits unternommen
(soweit bekannt)?**

☐ Psychotherapie

☐ Logopädie

☐ Ergotherapie

☐ Familien-/Jugendhilfe

☐ Lerntherapie/ Nachhilfe

☐ Beratungsstellen

*Sobald der Kontakt zwischen dem Schüler bzw. die Schülerin und dem Schulpsychologen bzw. der Schulpsychologin hergestellt werden soll, muss die folgende Seite ausgefüllt werden. Eine Beratung von pädagogischem Personal kann in **anonymisierte Form** auch ohne die Angaben auf der nächsten Seite erfolgen.

Schüler*in: (Name, Vorname) _____	Klasse: _____
Adresse: (Str., PLZ, Ort) _____	
Geburtstag: _____	
Sorgeberechtigte*r: (Name, Telefon, Mail) _____	
Sorgeberechtigte*r: (Name, Telefon, Mail) _____	

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn schulpyschologisch beraten bzw. untersucht wird.

Hiermit willige ich ein, dass der Schulpsychologie bzw. die Schulpsychologin neben den oben genannten Daten auch weitere für die Beratung relevante Daten erheben, speichert und verarbeitet. Die Daten dürfen nur verarbeitet werden um mich/uns bei Fragen und Problemen des Kindes rund um die Schule persönlich zu beraten.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass der Schulpsychologie bzw. die Schulpsychologin Untersuchungsbefunde und andere Unterlagen bzw. Informationen von Dritten einholen können. Der Schulpsychologie bzw. die Schulpsychologin darf sich mit den aufgeführten Personen und Einrichtungen zum Informationsaustausch in Verbindung setzen.

Wir/Ich entbinde/n damit den Schulpsychologischen Dienst von der Schweigepflicht.

Mein Einverständnis gilt für folgende Personen und Einrichtungen **(Bitte ankreuzen!☒)**:

- ☐ Behandelnde Ärzte und Therapeuten: _____
- ☐ Klinik für _____
- ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum
- ☐ Betreuer in der Jugendhilfe: _____
- ☐ weitere Personen: _____

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten