



## Anmeldung zur schulpsychologischen Beratung

Angaben zum Kind:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

Adresse (Hauptaufenthaltort des Kindes): \_\_\_\_\_

Telefonnummer eines Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Handynummer eines Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Emailadresse eines Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Name/n des/der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Beratungsanlass:

---

---

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Mit der Durchführung psychologischer Testverfahren bin ich/sind wir einverstanden  ja  nein
- Ich/wir entbinde(n) die Schulpsychologin gegenüber folgenden Personen von der Schweigepflicht:
  - die Lehrkräfte, die das Kind unterrichten und die Schulleitung der Schule, die mein Kind besucht  ja  nein
  - weitere schulische Beratungsinstanzen (Beratungslehrkraft, Jugendsozialarbeiter, ...)  ja  nein
  - außerschulische Stellen (Ärzte, Therapeuten, Psychiater, Psychologen, Jugendamt, ...), die an weiteren Untersuchungen und Therapien beteiligt sind  ja  nein
  - \_\_\_\_\_  ja  nein

und umgekehrt. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Auskunft gegeben und eingeholt wird.

Diese Einverständniserklärung gilt bis zum schriftlichen Widerruf.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten