

Anmeldung zur schulpsychologischen Beratung

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Name der/des Erziehungsberechtigten: _____

Beratungsanlass

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- **Einverständniserklärung:** Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind an psychologischen Testverfahren (ggf. inklusive einer Überprüfung der kognitiven Fähigkeiten) teilnimmt. Diese kann und darf auch vormittags stattfinden. ja nein

 - **Entbindung von der Schweigepflicht:** Ich entbinde / Wir entbinden Frau Eva-Maria Stimpel von der Schweigepflicht gegenüber
 - der Schulleitung der Schule, die mein Kind besucht ja nein
 - den unterrichtenden Lehrkräften ja nein
 - weiteren Beratungsinstanzen (z. B. Beratungslehrkraft) ja nein
 - außerschulischen Stellen (Ärzte, Therapeuten, Jugendamt), die an weiteren Untersuchungen und Therapien beteiligt sind/waren ja nein
 - sonstige Personen: ja nein
- und umgekehrt. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass Auskunft gegeben und eingeholt wird. Diese Einverständniserklärung gilt bis zur Beendigung der Beratung.

Ort, Datum

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

Bei Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist die Unterschrift beider Elternteile notwendig!