

## 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 Becker 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  neinund 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!**