

Anmeldung zur schulpsychologischen Untersuchung

Beratungsanlass:

Hiermit erkläre ich mich mit einer schulpsychologischen Untersuchung (Durchführung von Testverfahren, z.B. Intelligenztests, Schulleistungstests, Persönlichkeitstests) unseres Kindes einverstanden.

Name des Kindes	Geburtsdatum
Schule	Klasse

Klassenleiter/in
Weitere Lehrkräfte (falls betroffen)

Antragsteller (Sorgeberechtigte)

Name	
Adresse	
Telefon	E-Mail
<p>Eine schulpsychologische Untersuchung <input type="radio"/> hat noch nicht stattgefunden. <input type="radio"/> hat bereits stattgefunden.</p> <p>Name des Schulpsychologen:</p> <p>Mit einer Weitergabe der Akten zur Vermeidung von Doppeltestungen bin ich einverstanden (falls nicht zutreffend, bitte streichen).</p>	
<p>Eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung <input type="radio"/> hat noch nicht stattgefunden. <input type="radio"/> hat bereits stattgefunden. <input type="radio"/> ist bereits terminlich vereinbart.</p> <p>Datum: Praxis:.....</p> <p>Um Doppeltestungen zu vermeiden, senden Sie die Ergebnisse bitte direkt an den zuständigen schulpsychologischen Dienst!</p>	

Schweigepflichtentbindungen *Nicht Zutreffendes bitte streichen!*

Ich bin damit einverstanden, dass die/der zuständige Schulpsycholog(e)In von folgenden Personen Informationen, Daten und Testergebnissen einholen und an diese weitergeben darf:

- Lehrkräfte und Schulleitung der Schule
- Beratungslehrkraft, Lehrkraft des zuständigen mobilen sonderpädagogischen Dienstes (MSD)
- Zuständige Jugendsozialarbeit
- Arzt/ Therapeut: _____ *(bitte namentlich benennen)*
- Beratungsstellen: _____ *(bitte namentlich benennen)*
- Sonstige: _____
- Ich bin mit der Einsichtnahme in die Schülerakte einverstanden.

Ort, Datum

Unterschriften **beider** Sorgeberechtigter Im Falle **nur einer** Unterschrift
versichere ich hiermit, dass ich **alleine sorgeberechtigt** bin.