

Anmeldung zur schulpsychologischen Beratung – für Eltern

Datum: _____

Schule:	Klassenlehrkraft:
Nationalität:	Klasse:

Name des Kindes:	geb. am:
-------------------------	-----------------

Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten (mit Telefon)
--

Beratungsanlass / Ihr Anliegen:
--

Schullaufbahn: Kindergarten: _____ von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Zurückstellung <input type="checkbox"/> vorzeitige Einschulung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Wiederholung (Klasse _____) <input type="checkbox"/> Überspringen (Klasse ___ nach Klasse _____)
--

Schulleistungen: (bitte Auffallendes – Stärken/ Schwächen – angeben) Noten des letzten Zeugnisses: Deu:____ Mat:____ HSU:____ Mittelschule: E:____ PCB:____ GSE:____
--

Lern- und Arbeitsverhalten: (Probleme/ Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben/ Lernen...)
--

Sozialverhalten: (gegenüber anderen Kindern, Lehrkräften, sonstigen Personen...)

Gesundheitliche Daten: (Krankheiten, Allergien, Unfälle, Behandlungen... bitte mit Zeitpunkt angeben) Medikamentengabe (Ritalin etc.)?
--

Psychische Auffälligkeiten: (Zwangsverhalten, Tics, Ängste, Einnässen...)

Familiensituation: (Geschwister, Muttersprache, besondere Umstände,...)

Bisher ergriffene Maßnahmen: (Bitte evtl. Name und Tel. angeben!)

- psych. Beratung/Therapie bei _____
- Beratungslehrkraft Jugendsozialarbeit an Schulen (JaS)
- MSH MSD Jugendamt/ ASD
- Hort/ Tagesstätte Erziehungsberatung
- Ärzte/ Therapeuten: _____
- Sonstiges _____

Hiermit entbinden wir Frau Nalani Wacker sowie die unten aufgeführten Partner von Ihrer Schweigepflicht. Ich/ Wir erkläre(n) uns damit einverstanden, dass Frau Wacker mit den unten aufgeführten Personen (**Bitte mit Namen und Kontaktdaten nennen!**) Gespräche führt sowie Informationen sowie der Beratung und Diagnose dienliche Materialien (z.B. Inhalte des Beratungsgesprächs oder Testergebnisse) austauscht.

- Klassenlehrkraft: _____
- weitere wichtige Lehrkräfte: _____
- bereits tätige Beratungsinstitutionen (z.B. Therapeuten):

- weitere involvierte Personen (z.B. Jugendamtsmitarbeiter):

Des Weiteren erkläre(n) ich/wir erklären uns **damit einverstanden**, wenn Frau Nalani Wacker zur Erstellung einer fachlich fundierten Diagnose meines/unsers Kindes

- diagnostische Testverfahren durchführt,
- eine gezielte Unterrichtsbeobachtung tätigt.

Die Angaben wurden zum Zweck der persönlichen Beratung von einer/m Erziehungsberechtigten des Kindes gemacht. Diese werden von mir sämtlich (entsprechend Ihrer obigen Schweigepflichtsentbindung) vertraulich behandelt.

Um schulpsychologische Beratung wird gebeten.

Die Lehrkraft unseres Kindes ist von der Beratung

- informiert.
- und wird den Kontakt zur Schulpsychologin aufnehmen. (**Schweigepflichtsentbindung siehe oben**)
- nicht informiert.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten