

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

Eine schulpsychologische Untersuchung hat noch nicht stattgefunden.
 hat bereits stattgefunden.

Name des Schulpsychologen:

Mit einer Weitergabe der Akten zur Vermeidung von Doppeltestungen bin ich einverstanden
(falls nicht zutreffend, bitte streichen).

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung hat noch nicht stattgefunden.
 hat bereits stattgefunden.
 ist bereits terminlich vereinbart.

Datum: Praxis:.....

Um **Doppeltestungen** zu vermeiden, senden Sie die Ergebnisse bitte **direkt an den zuständigen schulpsychologischen Dienst!**

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.