



**Schulpsychologischer Dienst beim  
Staatlichen Schulamt  
der Stadt Straubing und des Landkreises  
Straubing-Bogen**



Theresa Krusche, Lin  
Staatliche Schulpsychologin

Tel.Nr: 09421 / 330698  
Fax-Nr.: 09421 / 9630600  
E-Mail: [theresa.krusche@spsr.de](mailto:theresa.krusche@spsr.de)

**94315 Straubing  
Schulgasse 11**

**Anmeldung zur Schulberatung**  
(auszufüllen von den Erziehungsberechtigten)

*Hinweis: Alle Antworten werden vertraulich behandelt. Die Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, können selbstverständlich ausgelassen werden. Bitte führen Sie weitere Informationen, die wichtig sind, aber nicht erfragt werden, auf einem Beiblatt aus.*

**Schülerin/Schüler**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel./ Handynummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_ Mutter: \_\_\_\_\_

weitere Informationen zu den Eltern (z.B. Sorgerecht, Wohnsituation, Familienstand, ...):  
\_\_\_\_\_

Anzahl der Geschwister und Alter: \_\_\_\_\_

**Schule**

Name und Anschrift der Schule: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Lehrkraft: \_\_\_\_\_

Einschulung:  regulär  vorzeitig  zurückgesellt  Einschulungskorridor

Klassenwiederholung:  nein  ja Jahrgangsstufe: \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie der Anmeldung eine Kopie der letzten beiden Zeugnisse bei.

**Grund der Beratung**

Bitte schildern Sie kurz Ihr Anliegen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was haben Sie bereits unternommen?

\_\_\_\_\_

Bei Verdacht auf LRS: Fand bereits eine augen-/ohrenärztliche Abklärung statt? Wann?

\_\_\_\_\_

Betreuung aktuell (z.B. MSD, Therapie,...)

\_\_\_\_\_

## **Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der schulpsychologischen Untersuchung diagnostische Testverfahren durchgeführt werden. Über Ergebnisse werde ich informiert.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

## **Zusammenarbeit und Schweigepflicht**

Um zusätzliche Untersuchungstermine zu vermeiden, bitten wir Sie um Ihr Einverständnis mit den Einrichtungen zusammen zu arbeiten, die Ihr Kind

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_, betreuen werden oder von denen Ihr Kind bereits betreut wurde oder wird.

Bitte kreuzen Sie an und tragen Sie den Namen der Personen ein, bei denen Sie einer Zusammenarbeit zustimmen. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass im Bedarfsfall auch die Untersuchungsergebnisse und Befunde an diese Personen weitergegeben werden dürfen. Außerdem können von den jeweiligen Personen Befunde durch die Schulpsychologin angefordert werden.

Lehrkraft: \_\_\_\_\_

Schulleitung: \_\_\_\_\_

Beratungslehrkraft: \_\_\_\_\_

Mobiler Sonderpädagogischer Dienst (MSD): \_\_\_\_\_

Jugend Sozialarbeit an Schulen (JaS): \_\_\_\_\_

Therapeut: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich die Schulpsychologin, Frau Theresa Krusche, und die oben angegebenen Personen von der gegenseitigen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

*(Bei der Unterschrift von nur einem Erziehungsberechtigten verpflichtet sich der Unterschreibende, den anderen Erziehungsberechtigten ausführlich zu informieren)*