

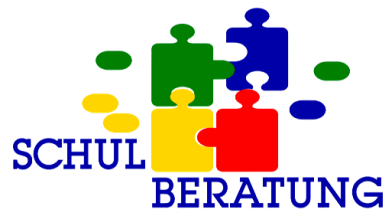
# Schulpsychologischer Dienst bei den Staatlichen Schulämtern



im Landkreis Straubing-Bogen



in der Stadt Straubing



Dr. phil. Monika Baier, BRin  
Staatliche Schulpsychologin

Tel.Nr: 09421 / 789607  
Fax-Nr.: 09421 / 9630600  
E-Mail: dr-monika.baier@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,...)

\_\_\_\_\_

## Hinweise zur Zusammenarbeit und Schweigepflicht

Um zusätzliche Untersuchungstermine zu vermeiden, bitte ich Sie um Ihr Einverständnis mit den Personen zusammen zu arbeiten, die Ihr Kind betreuen werden oder von denen Ihr Kind bereits betreut wurde oder wird (z.B. Lehrkraft, Schulleitung, Beratungslehrer, MSD, JAS, Fachärzte, Therapeuten usw.).

Bitte füllen Sie hierzu für die relevanten Personen jeweils ein Schweigepflichtformular zur Entbindung von der gegenseitigen Schweigepflicht aus, so dass im Bedarfsfall auch die Untersuchungsergebnisse und Befunde an diese Person weitergegeben werden dürfen. Außerdem können damit von der jeweiligen Person Befunde durch die Schulpsychologin angefordert werden.

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf den genannten Beratungsanlass und beschränkt sich auf die zeitliche Dauer der Beratung. Sie können diese Schweigepflichtentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

*Allgemeiner Hinweis:*

*Bitte lassen Sie uns ausgefüllte Formulare aus Datenschutzgründen nicht per E-Mail, sondern bitte auf dem Postweg, per Fax oder persönlich zukommen.*

## Einverständniserklärung

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

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

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

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