



Konstanze Baumann, Lin  
Staatliche Schulpsychologin

Tel.Nr: 09421 / 180534  
E-Mail: konstanze.baumann@spsr.de

**94315 Straubing**  
**Schulgasse 11**

## Anmeldung zur Schulberatung

(auszufüllen von den Sorgeberechtigten)

*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: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte: \_\_\_\_\_

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

weitere Informationen zur familiären Situation (z.B. Sorgerecht, Wohnsituation, Familienstand)

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

### 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, Beratungslehrkräfte, MSD, JAS, Facharzt/Fachärztin, Therapeut/Therapeutin usw.).

Bitte füllen Sie hierzu für die relevanten Personen das Formular zur Entbindung von der Schweigepflicht aus, so dass im Bedarfsfall Informationen und Unterlagen an diese Personen weitergegeben werden dürfen.

Damit ich wiederum Befunde von Personen, die ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen (z.B. Facharzt/Fachärztin, Therapeut/Therapeutin), anfordern kann, muss bei der jeweiligen Person eine Schweigepflichtentbindung vorliegen.

*Allgemeiner Hinweis: Bitte lassen Sie uns ausgefüllte Formulare aus Datenschutzgründen nicht per E-Mail, sondern bitte auf dem Postweg zukommen.*

### **Einverständniserklärung**

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

Ich bin **nicht damit einverstanden**, dass im Rahmen der schulpsychologischen Untersuchung diagnostische Testverfahren durchgeführt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r

*(Mit der Unterschrift versichere ich / versichern wir, dass die Anmeldung zur Schulberatung nach dem Willen von allen Sorgeberechtigten gewünscht wird.)*