

## Meldung zur Beratung

Hiermit erkläre ich mich mit einer schulpsychologischen Untersuchung (Durchführung von Testverfahren, z.B. Intelligenztests, Schulleistungstests, Persönlichkeitstests) unseres Kindes einverstanden.

<b>Name des Kindes</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Schule</b>	<b>Klasse</b>

Klassenleiter/in
Weitere Lehrkräfte (falls betroffen)

<b>Antragsteller (Erziehungsberechtigte)</b>
--

<b>Name</b>
<b>Adresse</b>
<b>Telefon</b>
<b>E-Mail</b>

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

Wenn ja: Wann? ..... Praxis .....

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

<b>Schweigepflichtentbindungen <i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i></b>
--

Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Schulpsychologin von folgenden Personen Informationen, Daten und Testergebnissen einholen und an diese weitergeben darf (**bitte namentlich benennen**):

- Lehrkräfte der Schule: \_\_\_\_\_
- Beratungslehrkraft: \_\_\_\_\_
- Lehrkraft des zuständigen Mobilen Sonderpädagogischen Dienstes (MSD): \_\_\_\_\_
- Zuständige Jugendsozialarbeit: \_\_\_\_\_
- Arzt/ Therapeuten: \_\_\_\_\_
- Beratungsstellen: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften der Erziehungsberechtigten



**Bitte notieren Sie kurz den Beratungsanlass:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---