

## Meldung zur Beratung

<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, veranlassen Sie die Übersendung der Befunde bitte **direkt an obige Adresse** oder bringen sie zum nächsten Termin mit.

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

Ich bin damit einverstanden, dass der zuständige Schulpsychologe 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 (JaS): \_\_\_\_\_
- Arzt/ Therapeuten: \_\_\_\_\_
- Beratungsstellen: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

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

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

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

