

Meldung zur Beratung

Name des Kindes	Geburtsdatum
Schule	Klasse

Klassenleiter/in
Weitere Lehrkräfte (falls betroffen)

Antragsteller (Erziehungsberechtigte)
--

Name
Adresse
Telefon
E-Mail

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.

Schweigepflichtentbindungen Zutreffendes bitte ankreuzen

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 (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

[illegible]