

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

Bitte notieren Sie kurz den Beratungsanlass: