

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

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]