

Karin Straßer, qualifizierte Beratungslehrkraft  
Gumpinger Straße 23, 83404 Ainring  
Tel.: 08654/8357  
E-Mail: karin.strasser@grundschule-ainring.de



**Anmeldung zur Beratung**

Datum: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Schülerin/ zum Schüler:**

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Klasse/ Schule	Ort/ Telefon	Klassenlehrkraft

**Angaben zur Familie des Kindes:**

_____	_____
Vor- und Nachname der Erziehungsberechtigten	Sprache in der Familie/Muttersprache des Kindes
_____	_____
Wohnort	Straße
_____	_____
Tel.:	E-Mail
_____	_____
Erreichbarkeit	
Sorgerecht: ( ) beide Eltern, ( ) Mutter, ( ) Vater	

**Beratungsanlass:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dieses Formular dient zur Kontaktaufnahme durch die Eltern mit dem schulpsychologischen Dienst oder der Schulberatung. Nach Eingang des Kontaktformulars setzen wir uns mit den Erziehungsberechtigten zeitnahe in Verbindung.

**Hinweise zum Datenschutz:**

Die, in diesem Anmeldebogen erhobenen persönlichen Daten, werden von mir nicht digital verarbeitet oder gespeichert. Es kann aber vorkommen, dass persönliche Daten, wie z.B. das Geburtsdatum Ihres Kindes oder Ihre Anschrift/ Telefonnummer an andere Beratungsfachkräfte, die zuständige Schulpsychologin (z.B. im Fall einer schulpsychologischen Stellungnahme) oder andere Fachdienste (Therapeuten, Psychologische Praxen usw.) übermittelt werden müssen.

**Einverständniserklärung:**

Wir sind damit einverstanden, dass zur Abklärung der oben genannten Problematik unter Umständen psychologische Testverfahren (z.B. Begabungstests) durchgeführt werden. Die Ergebnisse werden vertraulich behandelt. Sie werden uns mitgeteilt und erläutert.

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Karin Straßer, qualifizierte Beratungslehrkraft  
Gumpinger Straße 23, 83404 Ainring  
Tel.: 08654/8357  
E-Mail: karin.strasser@grundschule-ainring.de



Für die Weitergabe zusätzlicher inhaltlicher Informationen bitten wir Sie um die **Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht**. Die Schweigepflichtsentbindung kann jederzeit widerrufen werden:

## Schweigepflichtsentbindung

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname der Beratungslehrkraft/ Schulpsychologin)  
bezüglich meines/unsers Kindes

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

gegenüber folgenden Personen

**Lehrkräfte:** \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname der Lehrkraft/Lehrkräfte)

**Schulpsychologie:** \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

sonstige Personen (MSD, Sozialarbeit, Schulleitung) – bitte namentlich nennen:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

von der **gesetzlichen Schweigepflicht** entbunden ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

**Alle ausgetauschten Informationen unterliegen darüber hinaus wieder der Schweigepflicht!**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten