

Schulpsychologische Beratung

Name:				
Geburtsdatum:				
Schule:				
Klasse:				
Lehrkraft:				
Einschulung	vor-vorzeitig	vorzeitig	regulär	zurückgestellt

Angaben zur Familie des Schülers/ der Schülerin

	Mutter	Vater
Name / Vorname:		
Straße:		
Wohnort:		
Tel.Nummer: ggf. Handy		
E-Mail:		
Fam- Stand:	led. verh. gesch. verw.	led. verh. gesch. verw.
Erziehungsberechtigung: bitte ankreuzen	Mutter <input type="radio"/>	Vater <input type="radio"/>
Beruf (Angabe frw.):		
Anmerkung: (falls gewünscht oder notwendig)		

Geschwister (bitte beginnen Sie mit dem / der Ältesten)

	Vorname	Geburtsjahr	Klasse	ggf. Beruf
1.				
2.				
3				
4.				

Einverständniserklärung zur testdiagnostischen Überprüfung

Im Rahmen der schulpsychologischen Beratung werden verschiedene Testverfahren zur Diagnose und Unterstützung der Förderung festgesetzt. Dazu gehören auch Gespräche mit anderen an der Erziehung beteiligten Personen, wie Schulleitungen, Lehrern, Betreuern u.s.w., sofern dies mit mir/uns abgesprochen wurde. Die ermittelten Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Hiermit bestätige ich, dass ich mit einer schulpsychologischen Untersuchung (verbunden u.a. mit einer evtl. Intelligenzüberprüfung)

meiner Tochter / meines Sohnes.....

geboren am:.....

einverstanden nicht einverstanden bin.

Angaben zur Schweigepflichtentbindung

Die Schweigepflichtentbindung dient folgendem Zweck und betrifft folgende Inhalte:

Folgende Personen sind von ihrer Schweigepflicht gegenseitig entbunden:

Staatliche Schulpsychologin : ja nein

BeratungslehrerIn: ja nein

KlassenlehrerIn: ja nein

SchulleiterIn: ja nein

Weitere Personen wie z.B. der behandelnde Arzt, Therapeut, JaS-Kraft der Schule, die einbezogen werden dürfen:

.....

Mit meinem/unserem Einverständnis dürfen erhobene Daten bzw. Testergebnisse (auch Intelligenzwerte) **im Bedarfsfall** dem o.g. Personenkreis offenbart werden.

Ja Nein

Nutzung Ihrer persönlichen Daten / Datenschutzvereinbarung

- Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben um dem Beratungsauftrag fachgerecht nachzukommen.
- Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift und Telefonnummer) und insbesondere auch Anamnesen, Diagnosen, Testdaten, Testergebnisse und Befunde, die wir erheben.
- Die personenbezogenen Daten werden nur für die fallspezifische Beratung verarbeitet (als Handakte und mithilfe von EDV-Programmen)
- Die Übermittlung / Weitergabe an Dritte erfolgt nur, wenn Sie in die Weitergabe schriftlich eingewilligt haben (Schweigepflichtentbindung) oder wenn dies aus rechtlichen Gründen erforderlich wird.
- Die Aufbewahrung / Speicherung der Daten entsprechend der gesetzlichen Vorgaben beträgt höchstens 13 Jahre nach Ablauf der Maßnahme/Beratung. Die Daten werden durch geeignete technische Maßnahmen geschützt.
- Eine datenschutzkonforme Löschung der Daten erfolgt gemäß der gesetzlichen Vorgaben.
- Im Bedarfsfall können die personenbezogenen Daten sowie Testergebnisse und Befunde an die Mitarbeiter innerhalb der Beratungsstelle Starnberg zur zweckgebunden Bearbeitung weitergegeben und eingesehen werden.

- Sie haben das Recht, über die Sie oder Ihres Kindes bezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Ich habe die Nutzungsbedingungen gelesen und bin mit dieser Form der Nutzung

einverstanden nicht einverstanden.

Hinweis: *Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das alleinige Sorgerecht zusteht bzw. dass im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil gehandelt wird. Mir / uns ist bekannt, dass die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.*

.....
Ort/ Datum:

.....
Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigten