

Über die Leitung der GS _____
(ggf. über die Beratungslehrkraft) _____
an die staatl. Schulpsychologin _____



Anmeldung zur Überprüfung einer möglichen Lese-Rechtschreibstörung

gemäß Art. 52, Abs.5 BayEUG vom 30.06.2016 und §32 bis §36 BaySchO vom 01.08.2016

Hiermit erkläre ich mich mit einer schulpsychologischen Untersuchung unseres Kindes einverstanden.

| | | |
|-----------------------------|----------------|--------------|
| Name und Vorname des Kindes | | Geburtsdatum |
| Anschrift | | |
| Telefon/ evtl. Mailadresse | | |
| Erziehungsberechtigte | | |
| Schule und Klasse | Klassenleitung | |

Eine schulpsychologische Untersuchung

hat noch nicht stattgefunden.
 hat bereits stattgefunden.

Name des Schulpsychologen:

Mit einer Weitergabe der Akten zur Vermeidung von Doppeltestungen bin ich einverstanden.
(falls nicht zutreffend – bitte streichen).

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung

hat noch nicht stattgefunden.
 hat bereits stattgefunden.
 ist bereits terminlich vereinbart.

Praxis: Datum:

Um Doppeltestungen zu vermeiden, senden Sie die vorliegenden Ergebnisse bitte direkt an den zuständigen schulpsychologischen Dienst.

Über die Leitung der GS _____
 (ggf. über die Beratungslehrkraft) _____
 an die staatl. Schulpsychologin _____



Entbindung von der Schweigepflicht

Ich/ Wir haben keine Einwände, wenn die Schulpsychologin Frau Preiß oder die Beratungslehrkraft als Grundlage einer fundierten Beratung mit meinem/unserem Kind

- normierte Testverfahren durchführt.
- eine gezielte Unterrichtsbeobachtung tätigt.
- mit der Lehrkraft meines/unseres Kindes Kontakt aufnimmt und Unterlagen (Hefte, Proben, Zeugnisse) einsieht.
- die Klassenlehrkraft des Kindes über Inhalte der Beratung und Testergebnisse (soweit für den Unterrichtsverlauf nötig) informiert.

Als gesetzlicher/ e Vertreter/ -in entbinden wir/ ich zudem

(Bitte ankreuzen!)

(ggf. Name der Person)

| | |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> die Mitarbeiterin des Schulpsychologischen Diensts | Frau Peggy Preiß |
| <input type="checkbox"/> die Beratungslehrkraft | Frau Michaela Hoff |
| <input type="checkbox"/> die mein/unser Kind behandelnden Ärzte | |
| <input type="checkbox"/> die mein/unser Kind betreuenden Therapeuten | |
| <input type="checkbox"/> die Mitarbeiter/innen des Jugendamtes | |
| <input type="checkbox"/> die Mitarbeiter/innen des MSD | |

jeweils wechselseitig von der Schweigepflicht. *Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.*

....., den
 (Ort) (Datum) (Unterschrift)