

## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich/wir mich/uns einverstanden, dass der Schüler / die Schülerin

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

---

*Telefonnummer(-n) und Anschrift*

dem Schulpsychologen zu einer pädagogisch – psychologischen Beratung vorgestellt wird.

Beratungsanlass: \_\_\_\_\_

Ich / Wir stimme(n) zu, dass in diesem Rahmen das Kind vom Schulpsychologen selbst bzw. von der Beratungslehrkraft zur Sicherung der **Diagnose getestet** werden kann.

Einer **Weitergabe der Testergebnisse** (*Zutreffendes bitte ankreuzen*)

an die Schule wird zugestimmt.

an den Kinder- und Jugendpsychiater \_\_\_\_\_ wird zugestimmt.

Gleichzeitig wird eine **wechselseitige Schweigepflichtentbindung** für folgende Stellen erteilt (*Zutreffendes bitte ankreuzen!*):

Klassenlehrer/-in und Lehrkräfte, die das Kind unterrichten

Schulleitung

Beratungslehrer/-in

Schulpsychologe/-in

Mobiler Sonderpädagogischer Dienst (MSD)

Hort / Mittagsbetreuung

behandelnde Ärzte (Bitte auf der Rückseite Namen, Anschrift + Telefonverbindung angeben!)

Therapeuten / Psychologen

Jugendamt

Sonstige Stellen

.....

Alle Informationen werden vertraulich behandelt. Die Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht berechtigt die oben genannten Personen nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber dritten Personen zu verwenden. Die Erklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.