

Schulberatung Cham, Kleemannstr. 36, 93413 Cham

☎ 09971 843551

Telefonsprechstunde Donnerstag, 13.00 - 14.30 Uhr

✉ christine.tauer@scha.landratsamt-cham.de

Beratungsanlass: _____

Angaben zum Schüler/Schülerin

Vorname: _____ Familienname: _____ geb.: _____

Klasse: _____ Schule: _____

Erziehungsberechtigte: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Um Ihrem Kind die nötige Förderung zukommen zu lassen, kann es sich als notwendig erweisen, diagnostische Verfahren einzusetzen. Die Beratungs- und Testunterlagen finden keinen Eingang in den Schülerbogen Ihres Kindes und werden vertraulich behandelt. Die Ergebnisse werde ich Ihnen gerne in einem persönlichen Gespräch mitteilen. Sobald diese vorliegen, setze ich mich mit Ihnen in Verbindung.

Einverständniserklärung (Schreiben bitte zurück an die Schulpsychologin)

Mit dem Einsatz von diagnostischen Verfahren (Fragebogen und Tests) zur Klärung im Hinblick auf Schulleistung, Eignung, Intelligenz, Entwicklung, Konzentration und Aufmerksamkeit, Sozialverhalten usw. bin ich / sind wir einverstanden.

Ich/ wir entbinden die Beratungslehrkraft von der Schweigepflicht in Zusammenarbeit mit der Schule und anderen an dem Beratungsfall beteiligten Stellen.

Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten



Schweigepflichtsentbindung

(Einholung und Weitergabe von Informationen)

Als Sorgeberechtigte(r) _____,
bin ich/sind wir mit der Einholung und Weitergabe von Informationen in mündlicher und schriftlicher Form von Frau Tauer, Staatl. Schulpsychologin am Staatl. Schulamt im Landkreis Schwandorf und Cham einverstanden.

Dies betrifft den Schüler/ die Schülerin:

Name: _____ Vorname: _____

geb: _____ Schulort: _____ Klasse: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Und bezieht sich auf aufgeführte Ärzte/ Psychologen / Einrichtungen / Personen:

☐ ja ☐ nein gegenüber _____
Name des Arztes/Facharztes

☐ ja ☐ nein gegenüber _____
Name des Arztes/Facharztes

☐ ja ☐ nein sowie gegenüber dem Jugendamt Cham

☐ ja ☐ nein sowie gegenüber der Beratungsstelle _____

☐ ja ☐ nein und gegenüber _____

Informationsaustausch per Email und Fax ist erlaubt ☐ ja ☐ nein

Ich wurde unterrichtet, dass die persönlichen Daten der psychologischen Schweigepflicht unterliegen und streng vertraulich bearbeitet werden. Die Schweigepflichtsentbindung ist jederzeit widerrufbar.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten / des gesetzlichen Vertreters)