



Anmeldebogen schulpsychologische Beratung

(nicht bei Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten)

Nachname Schüler/in		Schule	
Vorname		Klassenlehrer/in	
Geburtsdatum		Klasse	
Adresse		Geschwister (Name, Alter; Klasse)	

Sorgerecht ☐ gemeinsam ☐ Mutter alleine ☐ Vater alleine ☐ andere gesetzliche Vertreter:			
Sorgeberechtigte(r) 1		Sorgeberechtigte(r) 2	
ggf. abweichende Adresse		ggf. abweichende Adresse	
E-Mail-Adresse		ggf. E-Mail-Adresse	
Telefon privat		Telefon privat	

Anlass für die schulpsychologische Beratung unseres Kindes/ Zweck der Beratung:

Einverständniserklärung

Als Sorgeberechtigte/r bin ich/ sind wir einverstanden, dass bei unserem Kind im Rahmen einer schulpsychologischen Beratung aus oben genanntem Anlass notwendige diagnostische Maßnahmen (z.B. Intelligenztest, Schulleistungs-, Persönlichkeitstests) durchgeführt werden.¹

Ort, Datum, **Unterschrift**

Ort, Datum, **Unterschrift**

¹ Die Unterlagen der Beratung werden bis zum Ablauf von drei Jahren nach dem Ende des Schulbesuchs des Schülers durch die zuständige Schulpsychologin unter Verschluss gehalten und dokumentiert.



Entbindung von der Schweigepflicht²

Hiermit entbinde ich/ entbinden wir als Sorgeberechtigte/r oder als gesetzlicher Vertreter von

_____, geboren am _____
(Name des Schülers/der Schülerin) (Geburtsdatum)

die **Schulpsychologin Frau Haberl** und die nachfolgend genannten Personen wechselseitig von ihrer Verschwiegenheitspflicht.

Die Entbindung von der Schweigepflicht **betrifft den vorne genannten Anlass bzw. Zweck.**³

Frau Haberl darf mit folgenden Personen

- | | |
|--|-------------|
| ☐ Klassenleitung unseres Kindes | Name: _____ |
| ☐ Schulleitung unseres Kindes | Name: _____ |
| ☐ Beratungslehrkraft der Schule | Name: _____ |
| ☐ zuständiger MSD (Mobiler Sonderpäd. Dienst) | Name: _____ |
| ☐ Jugendsozialarbeiter/in der Schule (JaS) | Name: _____ |
| ☐ zuständige Mitarbeiter des Jugendamtes/ASD: | Name: _____ |
| ☐ Mitarbeiter der Erziehungsberatungsstelle: | Name: _____ |
| ☐ behandelnder Arzt: | Name: _____ |
| ☐ _____ | _____ |
| ☐ _____ | _____ |

bekannt gewordene und für die weitere Beratung notwendige Informationen und Unterlagen wechselseitig austauschen.

ggf. Benennung von Unterlagen _____

Mit unserer Unterschrift versichere ich / versichern wir, dass die Entbindung von der Schweigepflicht **nach dem Willen von allen Sorgeberechtigten** gewünscht ist.

Ort, Datum, **Unterschrift**

Ort, Datum, **Unterschrift**

² Für Schulpsychologen/innen gilt bei der Einzelberatung die Verschwiegenheitspflicht, die in **§ 203 Abs. 1 Nr. 2 StGB** verankert ist. Eine Befugnis zur Offenbarung ergibt sich aus der Einwilligung der Betroffenen („Schweigepflichtsentbindung“) oder einer ausdrücklich gesetzlich festgelegten Offenbarungspflicht (§ 138, 139 StGB). Siehe dazu die KMBek über die Schulberatung in Bayern vom 29. Oktober 2001 (KWMBL. I S. 454, StAnz. Nr. 47), die zuletzt durch Bekanntmachung vom 17. März 2023 (BayMBL. Nr. 148) geändert worden ist insbesondere III. 4.2.1 – 4.2.4

³ Die Schweigepflichtsentbindung **endet mit der Erfüllung des Anlasses/ Zweckes**. Darüber hinaus können die Sorgeberechtigten das Ende der Schweigepflichtsentbindung schriftlich feststellen.