

# Sarah Kraft

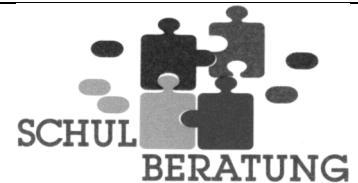
Staatl. Schulpsychologin

☎ 08191 – 128 531

[sarah.kraft@schulpsychologie.gsms-ob.de](mailto:sarah.kraft@schulpsychologie.gsms-ob.de)

## Dienstanschrift:

Grundschule am Spitalplatz  
Pössinger Straße 2  
86899 Landsberg



## Anmeldung zur schulpsychologischen Beratung

Hiermit melde ich mein Kind zur schulpsychologischen Beratung an. Mit der Durchführung psychologischer Testverfahren sind wir / bin ich einverstanden.

### Angaben zum Kind

Vorname			
Name			
Geburtsdatum			
Straße und Hausnr.			
PLZ und Wohnort			
Telefon			
E-Mail Adresse			
Erziehungsberechtigte/r	<input type="radio"/> beide Eltern	<input type="radio"/> nur Mutter	<input type="radio"/> nur Vater
Name der/s Erziehungsberechtigten			
Schule			
Klasse			
Lehrkraft			
Einschulung	<input type="checkbox"/> vorvorzeitig	<input type="checkbox"/> vorzeitig	<input type="checkbox"/> regulär
			<input type="checkbox"/> zurückgestellt
Grund der Anmeldung			

### Geschwister (bitte beginnen Sie mit dem / der Ältesten)

	Vorname	Geburtsjahr	Klasse
1.			
2.			
3.			

Bei meinem/unserem Kind erfolgte bereits eine pädagogisch-psychologische Untersuchung:

ja                       nein

wenn ja:

bei wem?	wann?

# Sarah Kraft

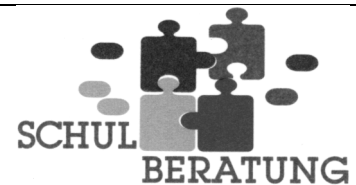
Staatl. Schulpsychologin

☎ 08191 – 128 531

[sarah.kraft@schulpsychologie.gsms-ob.de](mailto:sarah.kraft@schulpsychologie.gsms-ob.de)

## Dienstanschrift:

Grundschule am Spitalplatz  
Pössinger Straße 2  
86899 Landsberg



## Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht

Grundsätzlich unterliegt schulpsychologische Beratung der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Dritten. Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass Frau Sarah Kraft, Staatliche Schulpsychologin, mit den Schulpsychologinnen des Landkreises Landsberg am Lech sowie unten genannten Personen Informationen und Befunde bezüglich der Beratung **meines/unsers Kindes** \_\_\_\_\_, **geb. am** \_\_\_\_\_ austauschen darf.

Diese Schweigepflichtentbindung kann von mir/uns jederzeit teilweise oder vollständig widerrufen werden. Die gesamte Schweigepflichtentbindung kann einer unten genannten Person bzw. Einrichtung zur Kenntnis gelangen, z. B. in Form einer Kopie oder eines FAX. Damit bin ich/sind wir einverstanden.

Hiermit entbinde/n ich/wir die **Staatliche Schulpsychologin Frau Sarah Kraft** von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen bzw. Einrichtungen und umgekehrt:

Einrichtung/Beruf	Vor- und Zuname
Lehrkraft	
Schulleitung	
Beratungslehrkraft	
Mobiler Sonderpädagogischer Dienst (MSD)	
Hort/Mittagsbetreuung	
JaS Schulsozialarbeit	
Arzt/Facharzt	
Therapeut	

### Die Schweigepflichtsentbindung gilt für folgende Inhalte:

Informationen zum Lern- und Leistungsstand, dem Verhalten sowie der gesamten Entwicklung (vorschulisch und schulisch), Informationen über bereits erfolgte Fördermaßnahmen, Informationen über durchgeführte Diagnostik, Einsicht in den Schülerakt  
Anmerkung/ Ergänzung: .....

**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 freiwillig ist und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigte(n)