

## An die Beratungslehrkraft Fr. Beate Sötz

**Staatl. Schulberatung  
im Landkreis Regensburg**

**Beate Sötz, StRin (MS)  
Beratungslehrerin für Grund- und Mittelschulen**

Mittelschule Wörth a.d.Donau  
Schulstr. 1  
93086 Wörth a.d.Donau  
Tel: 09482/9080228 (Beratungsbüro)  
09482/959304 (Sekretariat)  
Fax: 09482/959305  
e-mail: schulberatung-soetz@ms-woerth.de



## Anmeldung zur Schulberatung

**Beratungsanlass/Anliegen bitte kurz darstellen.**

---



---



---



---



---

<b>Name des Schülers / der Schülerin</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Schule</b>	<b>Klasse</b>
Klassenleiter/in	
Weitere Lehrkräfte (falls betroffen)	

### Antragsteller (Sorgeberechtigte)

<b>Name</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Telefon</b>	<b>E-Mail</b>

**Eine schulpsychologische Untersuchung**

- hat noch nicht stattgefunden.  
 hat bereits stattgefunden.

falls ja, Name des Schulpsychologen: \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

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.

Datum: \_\_\_\_\_ Praxis: \_\_\_\_\_

Um **Doppeltestungen zu vermeiden**, bringen Sie eventuelle ärztliche Berichte bitte zum einem Gesprächstermin mit.

**Schweigepflichtsentbindungen**

*Nicht Zutreffendes bitte streichen!*

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Beratungslehrkraft Frau Beate Sötz von folgenden Personen Informationen, Daten und Testergebnisse einholen und an diese weitergeben darf, falls dies erforderlich erscheint:

- Lehrkräfte des Kindes und Schulleitung
- Zuständiger Schulpsychologe/Schulpsychologin
- Lehrkraft des zuständigen mobilen sonderpädagogischen Dienstes (MSD)
- Arzt/Therapeut: \_\_\_\_\_ (bitte namentlich benennen)
- Beratungsstellen (z.B. JAS) \_\_\_\_\_ (bitte namentlich benennen)
- Sonstige: \_\_\_\_\_
- Ich bin mit der Einsichtnahme in die Schülerakte einverstanden.

Hiermit melden wir unser Kind zur Schulberatung an. Falls erforderlich erklären wir uns mit der Durchführung diagnostischer Verfahren (z.B. Tests und Fragebögen) im Hinblick auf Schulleistung, Entwicklung, Intelligenz, Konzentration, Sozialverhalten, usw. einverstanden. Über die Ergebnisse werden wir von der Beratungslehrerin persönlich informiert.

Uns ist bekannt, dass eventuelle Testergebnisse vertraulich behandelt werden und ohne unser Einverständnis anderen nicht zugänglich sind.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **beider** Eltern

(Im Falle **nur einer** Unterschrift versichere ich,  
dass ich **alleine sorgeberechtigt** bin.)