

Über die  
Leitung der GS/ MS .....  
(ggf. über die Beratungslehrkraft .....)  
an die/den staatliche(n) Schulpsychologin/en .....



### Einverständniserklärung

#### Antragsteller (Erziehungsberechtigte):

Name: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

Hiermit erklären wir uns mit einer schulpsychologischen Untersuchung (Durchführung erforderlicher Testverfahren, z.B. Intelligenztests, Schulleistungstests, Persönlichkeitstests) unseres Sohnes/unsere Tochter ....., geboren am ....., derzeit in der ..... Jahrgangsstufe der Schule ..... einverstanden.

Eine Untersuchung in einer kinder-u. jugendpsychiatrischen Praxis hat stattgefunden/ ist vereinbart.

Wenn ja: Wann? ..... Praxis: .....

#### Schweigepflichtentbindungen: (nach § 203 Abs. 1 Nr. 2 StGB)

##### ***Nicht Zutreffendes bitte streichen!***

- Wir entbinden die Lehrkräfte, die zuständige Beratungslehrkraft und ggf. den betreffenden Arzt von der Schweigepflicht bzgl. der Weitergabe von Informationen, Daten und Testergebnissen an den/die zuständige(n) Schulpsychologen/in.
- Auch mit einer Einsichtnahme in die Schülerakte sind wir einverstanden.

Wir sind damit einverstanden, dass Ergebnisse der schulpsychologischen Untersuchung weitergegeben werden dürfen an (***Nicht Zutreffendes bitte streichen!***)

- die Lehrkräfte, die das Kind unterrichten und die Schulleitung der Schule, die mein Kind besucht.
- weitere schulische Beratungsinstanzen (Beratungslehrkraft, Mobiler Sonderpädagogischer Dienst, Jugendsozialarbeit an Schulen).
- außerschulische Stellen (Ärzte, Therapeuten), die an weiteren Untersuchungen und Therapien beteiligt sind.
- Jugendamt
- .....

....., .....  
Ort Datum Unterschriften

**Um kurze schriftliche Darstellung des Beratungsanlasses (durch Eltern oder/und Lehrkraft) auf der Rückseite wird gebeten!**

