



## Anmeldung zur Schulpsychologischen Beratung – Testeinverständniserklärung Schweigepflichtentbindung (bei Bedarf – siehe Anhang)

***Hiermit melde ich meine Tochter/meinen Sohn:***

.....Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Klasse: ..... Schule/KiTa: .....

gesetzlich vertreten durch (Sorge-/Erziehungsberechtigte):

..... Tel.: .....

..... Tel.: .....

E-Mail: .....

***zur schulpsychologischen Beratung an.***

*Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass zum Zwecke der Beratung diagnostische Verfahren (Tests, Fragebogen) eingesetzt werden.*

Die Testergebnisse verbleiben bei der Schulpsychologin. Eine Weitergabe von Testergebnissen erfolgt nur nach einer schriftlichen Entbindung von der Schweigepflicht (siehe Anlage) durch die Erziehungsberechtigten.

Eine digitale Verarbeitung von Daten erfolgt zur zum Zwecke der Testauswertung; es erfolgt keine Speicherung nach Ausdruck der Testergebnisse.

Alle Informationen werden vertraulich behandelt. Die Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht berechtigt die oben genannten Personen nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber dritten Personen zu verwenden. Die Erklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

**Grundsätzlich müssen beide/alle Sorgeberechtigten unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnende, dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat!**

***Datum ..... Unterschrift .....***

***Datum ..... Unterschrift .....***

## Entbindung von der Schweigepflicht<sup>1</sup>

### Hiermit entbinde ich / entbinden wir als Sorgeberechtigte

Name, Vorname

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Telefon

---

E-Mail

---

Name, Vorname

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Telefon

---

E-Mail

---

### der Schülerin / des Schülers

Name, Vorname, geb. am

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Tel./E-Mail

---

### die Schulpsychologin Sabrina Schönberger

von ihrer Schweigepflicht gegenüber den nachfolgend genannten Personen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht **betrifft den folgenden Anlass bzw. Zweck:**

Benennung des Anlasses bzw. Zwecks

---

---

**An die folgenden Personen**

*Name, Vorname, Schulleitung*

---

*Name, Vorname, Lehrkräfte*

---

*Name, Vorname, Beratungslehrkraft*

---

*Name, Vorname, Jugendsozialarbeit*

---

*Name, Vorname, Behandelnde Ärztinnen und Ärzte*

---

*Name, Vorname, Sonstige (z. B. Mittagsbetreuung, Kindergarten...)*

---

---

---

---

dürfen **nach inhaltlicher Absprache mit den Sorgeberechtigten** in der Einzelfallberatung bekannt gewordene und für die weitere Beratung notwendige Informationen und Unterlagen weitergegeben werden.

*ggf. Benennung von Unterlagen*

---

Die Gültigkeit der **Entbindung von der Schweigepflicht endet** mit der Erfüllung des Anlasses bzw. des Zwecks. Darüber hinaus können die Sorgeberechtigten das Ende der Entbindung von der Schweigepflicht in schriftlicher Form feststellen.

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*

---

*1 Die Schweigepflichtentbindung wird gemeinsam mit den über die Beratungen geführten Aufzeichnungen bis zum Ablauf von drei Jahren nach dem Ende des Schulbesuchs der benannten Schülerin / des benannten Schülers durch die jeweils zuständige Schulpsychologin / den jeweils zuständigen Schulpsychologen unter Verschluss gehalten und damit dokumentiert.*