

**N. Eckl, K. Bodeewes, F. Otto**  
Beratungsbezirk 10  
Mittelschule Eduard-Spranger-Straße  
Toni-Pfülf-Straße 32  
80995 München  
Tel.: 089 / 318 11 89 27  
Email: [psych.beratung.bb10.rbs@muenchen.de](mailto:psych.beratung.bb10.rbs@muenchen.de)



## Anmeldeblatt zur schulpsychologischen Beratung

### Persönliche Angaben:

Name der Schülerin/des Schülers: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Jahr der Einschulung: \_\_\_\_\_ Tel. Schule: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Wurde eine Klasse wiederholt? nein  ja  (Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_)

Wie sind die derzeitigen Noten der Schülerin/des Schülers?

Mittelschule: Deutsch: \_\_\_ Mathematik: \_\_\_ Englisch: \_\_\_ NT: \_\_\_ GPG: \_\_\_

Grundschule: Deutsch: \_\_\_ Mathematik: \_\_\_ HSU: \_\_\_

### Erziehungsberechtigte:

Name: \_\_\_\_\_

Sorgerecht liegt bei (bitte ): beiden ; Mutter ; Vater ; \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_

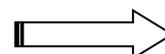
Email: \_\_\_\_\_

### Zuständige Lehrkraft:

Name: \_\_\_\_\_ Sprechstunde: \_\_\_\_\_

Email / Tel.: \_\_\_\_\_

weitere Informationen zum Beratungsanlass siehe Rückseite



## Informationen zum Beratungsanlass:

**Für eine effektive und umfassende Beratung sind Vorinformationen von großer Bedeutung! Bitte nehmen Sie sich daher kurz Zeit, die folgenden Fragen genau zu beantworten:**

1. Beschreiben Sie bitte den **Grund** Ihrer Anfrage bzw. die **Schwierigkeiten** aus Ihrer Sicht:

---

---

---

2. Wann ist Ihnen das zum **ersten Mal** aufgefallen bzw. haben es beobachtet?

---

3. Welche **Maßnahmen** haben Sie bereits unternommen, um das Kind zu **unterstützen**?

---

---

4. Wurden bereits **andere Personen oder Stellen** eingeschaltet? (Wenn ja, wann?)  
(z.B. Beratungslehrkräfte, AsA, MSD, Abklärung bei Kinder-und Jugendpsychiater\*in ...)

---

5. Wurde bereits die **Seh- und Hörfähigkeit** überprüft? ja  nein

6. Gibt es **Besonderheiten in der Entwicklung** Ihres Kindes, die Sie uns mitteilen möchten?

---

---

7. Möchten Sie uns sonst noch etwas **Wichtiges** mitteilen?

**Bitte lassen Sie uns folgende Unterlagen zeitnah zukommen:**

- Kopien der letzten **Zeugnisse**
- **Gutachten** und **Testergebnisse** anderer Untersuchungen (falls vorhanden)

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe und melden uns möglichst bald bei Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

*Das Team der schulpsychologischen Beratung im Beratungsbezirk 10*

**N. Eckl, K. Bodeewes, F. Otto**  
Beratungsbezirk 10  
Mittelschule Eduard-Spranger-Straße  
Toni-Pföf-Straße 32  
80995 München  
Tel.: 089 / 318 11 89 27  
Email: [psych.beratung.bb10.rbs@muenchen.de](mailto:psych.beratung.bb10.rbs@muenchen.de)



## Entbindung von der Schweigepflicht

Name **aller** Erziehungsberechtigten:

---

Name und Geburtsdatum der Schülerin/des Schülers

---

Hiermit entbinde ich/entbinden wir alle **Fachkräfte des Beratungsbezirks 10 (Fr. Eckl, Fr. Bodeewes, Hr. Otto)** von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass sich **die genannten Fachkräfte** mit den unten aufgeführten Stellen und Personen zum Zwecke der Beratung austauschen und Informationen einholen dürfen.

Unter den gleichen Voraussetzungen entbinde ich die **unten genannten Stellen und Personen** von Ihrer Schweigepflicht gegenüber den Fachkräften des Beratungszentrums.

Gegenüber folgenden Personen, Personengruppen und Stellen gilt diese **gegenseitige Schweigepflichtentbindung**: (nicht Zutreffendes bitte streichen)

- **unterrichtende Lehrkräfte** (bitte Namen eintragen)

---

- **Schulleitung(en) der besuchten Schule** (bitte Namen eintragen)

---

- **weitere Personen oder Stellen** (bitte Namen eintragen) (z.B. Therapeut\*innen, Hort, ...)

---

---

→ Hiermit erlaube ich, dass Gespräche stattfinden und nötige psychologische Testungen durchgeführt werden.

→ Ich verpflichte mich, den ebenfalls sorgeberechtigten Elternteil über die Beratung zu informieren.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten