

Julia Birker

Staatl. Schulpsychologin

Telefonnummer: 0172 2134576
schulpsychologie_birker@gmx.de

Dienstanschrift:

Edith-Stein-Schule
Grundschule Memmingen
Buxacher Str. 8
87700 Memmingen



Staatliche
Schulberatung

Anmeldung zur schulpsychologischen Beratung

Hiermit melde ich / melden wir mein / unser Kind zur schulpsychologischen Beratung an. Mit der Durchführung psychologischer Testverfahren bin ich / sind wir 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 | |
| Grund der Anmeldung | |

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

ja nein

wenn ja:

| bei wem? | wann? |
|----------|-------|
| | |
| | |

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

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigte(n)

Entbindung von der Schweigepflicht¹

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 / den Schulpsychologen

Name, Vorname _____

Schule _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Tel./E-Mail _____

von ihrer / seiner Schweigepflicht gegenüber den nachfolgend genannten Personen.

¹ Für Schulpsychologinnen und Schulpsychologen gilt bei der Einzelberatung die Verschwiegenheitspflicht, die in § 203 Abs. 1 Nr. 2 StGB verankert ist. Eine Befugnis zur Offenbarung ergibt sich aus der Einwilligung der Betroffenen („Schweigepflichtsentbindung“) oder einer ausdrücklich gesetzlich festgelegten Offenbarungspflicht (§ 138, 139 StGB). Siehe dazu die KMBek über die Schulberatung in Bayern vom 29. Oktober 2001 (KWMBL. I S. 454, StAnz. Nr. 47), die zuletzt durch Bekanntmachung vom 17. März 2023 (BayMBl. Nr. 148) geändert worden ist insbesondere III. 4.2.1 – 4.2.4

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

Benennung des Anlasses bzw. Zwecks _____

An die folgenden Personen

Name, Vorname, Funktion

Name, Vorname, Funktion

Name, Vorname, Funktion

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

Die Schweigepflichtsentbindung 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.

Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht- Ergänzungen

Name, Vorname des Schülers: _____, geb. am _____

Darüber hinaus entbinde/n ich/wir die **Staatliche Schulpsychologin Frau Julia Birker** von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen bzw. Einrichtungen und umgekehrt:

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

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigte(n)