

# Kathrin Frey

Staatl. Schulpsychologin  
Beratungsrektorin

Telefonnummer: 0173 6937511  
schulpsychologie@gsms-amendingen.de

## Dienstanschrift:

Grundschule Amendingen  
Waimerstr. 10  
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 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 / den Schulpsychologen**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Schule \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel./E-Mail \_\_\_\_\_

**von ihrer / seiner Schweigepflicht gegenüber den nachfolgend genannten Personen.**

<sup>1</sup> 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 Kathrin Frey** 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)