

**Schulberatung im Landkreis Starnberg**

Sandra Stelzig, Schulpsychologin

Telefonsprechstunde: Dienstag, 11:30-12:15 Uhr, Tel.: 08152/98 330 89

Email: [sandra.stelzig@schule.bayern.de](mailto:sandra.stelzig@schule.bayern.de)

Sabine Wierer, Schulpsychologin

Telefonsprechstunde: Montag 8:15-9:00 Uhr, Tel.: 08143 - 99282812

Email: [schulberatung@grundschule-inning.de](mailto:schulberatung@grundschule-inning.de) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anmeldung zur Beratung**

1. **Angaben zum Kind, für das die Beratung gewünscht wird**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name des Kindes** |  | | | |
| **Geburtsdatum:** |  | | | |
| **Schule:** |  | | | |
| **Klasse/**  **Lehrkraft** |  | | | |
| **Einschulung** | **vor-vorzeitig** | **vorzeitig** | **regulär** | **zurückgestellt** |
| **Grund** |  | | | |
|  | | | |

**2.Angaben zur Familie des Schülers/ der Schülerin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Mutter** | **Vater** |
| Vor- und Zuname: |  | |
| **Straße:** |  | |
| **Wohnort:** |  | |
| **Telefon:**  **Mobil:** |  | |
| **Wann am besten erreichbar?** |  | |
| **E-Mail:** |  | |

**3. Einverständniserklärung zur testdiagnostischen Überprüfung**

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass diagnostische Gespräche und Testverfahren durchgeführt werden.

**O ja O nein**

**4.Entbindung von der Schweigepflicht**

An die folgenden Personen dürfen nach inhaltlicher Absprache mit den Sorgeberechtigten in der Einzelfallberatung bekannt gewordene und für die weitere Beratung notwendige Informationen und Unterlagen weitergegeben werden. Die Entbindung von der Schweigepflicht endet mit der Erfüllung des Anlasses/Zwecks. Die Sorgeberechtigten können das Ende der Entbindung von der Schweigepflicht in schriftlicher Form feststellen.

Ich entbinde / Wir entbinden Frau Wierer / Frau Stelzig gegenüber den unten genannten Personen von der Schweigepflicht:

KlassenlehrerIn: ……………………………………………… ja O nein O

SchulleiterIn: ……………………………………………… ja O nein O

**Ggf. weitere Personen** wie z.B. der behandelnde Arzt, Therapeut, die einbezogen werden dürfen:

………………………………………………………………………………………………………………

Mit meinem/unserem Einverständnis dürfen erhobene Daten bzw. Testergebnisse (auch Intelligenzwerte) **im Bedarfsfall** dem o.g. Personenkreis offenbart werden.

**O Ja O Nein**

**5.Nutzung Ihrer persönlichen Daten / Datenschutzvereinbarung**

* Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben um dem Beratungsauftrag fachgerecht nachzukommen.
* Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift und Telefonnummer) und insbesondere auch Anamnesen, Diagnosen, Testdaten, Testergebnisse und Befunde, die wir erheben.
* Die personenbezogenen Daten werden nur für die fallspezifische Beratung verarbeitet (als Handakte und mithilfe von EDV-Programmen)
* Die Übermittlung / Weitergabe an Dritte erfolgt nur, wenn Sie in die Weitergabe schriftlich eingewilligt haben (Schweigepflichtentbindung) oder wenn dies aus rechtlichen Gründen erforderlich wird.
* Die Aufbewahrung / Speicherung der Daten entsprechend der gesetzlichen Vorgaben beträgt höchstens 13 Jahre nach Ablauf der Maßnahme/Beratung. Die Daten werden durch geeignete technische Maßnahmen geschützt.
* Eine datenschutzkonforme Löschung der Daten erfolgt gemäß den gesetzlichen Vorgaben.
* Im Bedarfsfall können die personenbezogenen Daten sowie Testergebnisse und Befunde an die Mitarbeiter innerhalb der Beratungsstelle Starnberg zur zweckgebundenen Bearbeitung weitergegeben und eingesehen werden.
* Sie haben das Recht, über die Sie oder Ihres Kindes bezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

**Ich habe die Nutzungsbedingungen gelesen und bin mit dieser Form der Nutzung**

**O einverstanden O nicht einverstanden**

**Hinweis:** *Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das alleinige Sorgerecht zusteht bzw. dass im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil gehandelt wird. Mir / uns ist bekannt, dass die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.*

..................................................................................................................................................  
Ort/ Datum Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigten