

Schulpsychologische Beratungsstelle der Stadt Münster · Tel. 0251/ 492-4081 · Fax: 0251/ 492-7950 · schulpsy@stadt-muenster.de

An die
Stadt Münster
Der Oberbürgermeister
Amt für Schule und Weiterbildung
Schulpsychologische Beratungsstelle

Fall Nr. _____

MA 40.3:

(wird von der Beratungsstelle ausgefüllt)

Klosterstraße 33
48143 Münster

Anmeldung zur Beratung für volljährige Schüler*innen (gemeinsam auszufüllen von Schule und Schüler*in)

Kontaktdaten

Schüler*in

Name Vorname(n)

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon E-Mail

Schule Klasse

Geschlecht weiblich männlich divers offen

Muttersprache Deutsch andere:

Geschwister Anzahl Anmerkung:

Eltern (sofern diese an Beratung teilnehmen können/sollen)

Name(n)

Anschrift

Telefon

E-Mail

Anmerkung

Lehrkraft oder pädagogische Fachkraft

Name Funktion

Telefon E-Mail

Erreichbarkeit
(z.B. Wochentag/Zeit)

Beratungsanliegen

Worum geht es?

Beschreiben Sie bitte Ihr Beratungsanliegen in Stichpunkten.

Was ist das Ziel?

Was wollen Sie in Zusammenarbeit mit der Schulpsychologischen Beratungsstelle erreichen?

Welche Schritte wurden schon unternommen?

Welche schulischen Unterstützungs- oder Beratungsangebote wurden bereits umgesetzt?
(z.B. Förderplanung, Einbeziehung des schulischen Beratungsteams, etc.)

Werden Sie von Fachkräften außerhalb der Schule unterstützt?

ja nein

Optional: Wenn ja, um welche Unterstützungsangebote/Maßnahmen handelt es sich z.B.?

Erziehungsberatung	Jugendamt	
Ergotherapie	Logopädie	Lerntherapie
Kinder-/Jugendpsychotherapie	andere Fachkräfte:	

Möchten Sie uns hierzu etwas mitteilen?

(z.B. Ergebnisse einer Diagnostik, Stellungnahmen, Empfehlungen anderer Fachdienste)

Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

Haben Sie weitere Hinweise, die für die Beratung wichtig sind?

Erklärungen und Unterschrift

- Die Hinweise zum Datenschutz (Hinweisblatt oder www.schulpsychologie.muenster.de) haben wir zur Kenntnis genommen.
- Das Formular „Einverständniserklärungen“ fügen wir unterschrieben bei.

Hiermit melden wir uns gemeinsam zur schulpsychologischen Beratung an.

Ort, Datum

Unterschrift Schüler*in

Unterschrift Lehrkraft /pädagogische Fachkraft

Einverständniserklärungen für volljährige Schüler*innen

1. Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich, _____, geb. _____, bin damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden der Schulpsychologischen Beratungsstelle der Stadt Münster mit folgenden Personen und Einrichtungen meine persönlichen Daten austauschen:

Mitarbeitende der Schule

Mitarbeitende des Jugendamts

Honorarkräfte der Schulpsychologischen Beratungsstelle (Lernwerkstatt, Fördergruppen)

Therapeut*in:

Arzt/Ärztin*:

Sonstige:

Dieser Austausch beinhaltet das Einholen von Auskünften und Heranziehen von Unterlagen (z.B. Förderpläne, Gutachten u.a.), die nach fachlicher Einschätzung der Mitarbeitenden der Schulpsychologischen Beratungsstelle für die Beratung oder Diagnostik erforderlich sind. In die Weitergabe geschützter persönlicher Daten an die Schulpsychologische Beratungsstelle und von dieser an die genannten Personen oder Einrichtungen willige ich ein. Ich erkläre das freiwillig und weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann.

2. Strafrechtliche Schweigepflichtentbindung

Ich, _____, geb. _____, entbinde die Mitarbeitenden der Schulpsychologischen Beratungsstelle von ihrer strafrechtlichen Schweigepflicht. Sie dürfen sich mit den unter 2. genannten Personen und Einrichtungen in Verbindung setzen und gegenseitig Informationen aus der Beratung / Diagnostik / Unterrichtshospitation/ Förderung austauschen.

Die Hinweise zum Datenschutz (auf dem ausgehändigten Hinweisblatt oder auf der Homepage www.schulpsychologie.muenster.de) habe ich zur Kenntnis genommen.

Münster, den _____

Unterschrift _____