

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

An die  
Schulpsychologische Beratungsstelle  
der Stadt Münster

Klosterstraße 33  
48143 Münster

Fall Nr. \_\_\_\_\_

MA 40.3:

\_\_\_\_\_  
(wird von der Beratungsstelle ausgefüllt)

## Anmeldung zur schüler\*innenbezogenen Beratung (gemeinsam auszufüllen von Schule und Erziehungsberechtigten)

### Kontaktdaten

#### Schüler\*in

Name

Geschlecht weiblich männlich divers offen

Muttersprache Deutsch andere:

Geschwister Anzahl Anmerkung:

Geburtsdatum

Schule

Klasse

#### Erziehungsberechtigte

Die Eltern leben zusammen getrennt: Das Sorgerecht hat/haben:

Namen

Anschrift

Telefon

E-Mail

Erreichbarkeit  
(z.B. Wochentag/Zeit)

#### 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 müssen wir sonst noch wissen?

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

## Erklärungen und Unterschrift

- Die Hinweise zum Datenschutz (Hinweisblatt oder [www.schulpsychologie.muenster.de](http://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 Erziehungsberechtigte

Unterschrift Lehrkraft /pädagogische Fachkraft

**Hinweis: Bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist die Unterschrift beider Eltern notwendig.**

**Einverständniserklärungen**

**1. Sorgerechtlisches Einverständnis**

Ich bin mit der schulpsychologischen Beratung / Diagnostik / Unterrichtshospitation/Förderung meines Kindes \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_ einverstanden.

**2. Datenschutzrechtliche Einwilligung**

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Schulpsychologischen Beratungsstelle der Stadt Münster mit folgenden Personen und Einrichtungen persönliche Daten meines Kindes \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_ austauschen:

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schule
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamts
- Honorarkräfte der Schulpsychologischen Beratungsstelle (Lernwerkstatt, Fördergruppen)
- Therapeut/ Therapeutin: \_\_\_\_\_
- Arzt /Ärztin: \_\_\_\_\_
- sonstige: \_\_\_\_\_,

Dieser Austausch beinhaltet das Einholen von Auskünften und Heranziehen von Unterlagen (z.B. Förderpläne, Gutachten u.a.) von dort, die nach fachlicher Einschätzung der Mitarbeiter der Schulpsychologischen Beratungsstelle für die Beratung oder Diagnostik bzgl. meines Kindes erforderlich sind. In die Weitergabe geschützter persönlicher Daten meines genannten Kindes an die Schulpsychologische Beratungsstelle und von dort 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.

**3. Strafrechtliche Schweigepflichtentbindung**

Ich entbinde die Mitarbeiter 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 bzgl. meines Kindes \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_ austauschen.

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

Münster, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

(Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist die Unterschrift beider Sorgeberechtigten erforderlich.)