



Borschtallee 26
 80804 München
 Tel.: 089 / 307 996-0
 Mail:
 willi.psychologie@willi-graf-gymnasium.muenchen.musin.de



Anmeldebogen Schulpsychologie

Schulpsycholog*innen:
 S. Garstenauer, M. Heinke, S. Lamm, M. Thalhammer

Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen sorgfältig aus. So kann in der Beratung schneller und effektiver über Ihr Anliegen gesprochen werden. Alle Angaben werden vertraulich behandelt!
 Vielen Dank!

Angaben zum Kind, für das eine Beratung gewünscht wird:

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____ Muttersprache: _____

Klasse: _____ Name der Klassenleitung: _____

Das Kind wohnt bei: _____

Wer füllt den Fragebogen aus? _____

Angaben zur Familie des Kindes:

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Name:	_____	_____
Telefon:	_____	_____
Anschrift:	_____	_____
Sorgeberechtigt?	_____	_____

Ist jemand anderes als die oben genannten Personen sorgeberechtigt? Wann ja, wer?

Hat das Kind Geschwister? Wenn ja, wie viele und Alter?

Beratungsanlass:

1. Bitte schildern Sie kurz Ihr Anliegen:

Bitte Rückseite beachten!

2. Wann ist Ihnen dies zum ersten Mal aufgefallen?

3. Was haben Sie bereits unternommen?

4. Wurden bereits andere Personen/Stellen eingeschaltet? Wenn ja, wer/welche?

5. Es liegen bereits psychodiagnostische Befunde vor (→ bitte zum Erstgespräch mitbringen)

6. Was erwarten Sie von der Beratung?

Allgemeines:

Wie gerne geht Ihr Kind nach Ihrem Eindruck in der Regel in die Schule?

Sehr ungerne sehr gerne

Was tut Ihr Kind in seiner Freizeit am liebsten? (auch Hobbies)?

Ich erkläre mich / Wir erklären uns damit einverstanden, dass das schulpsychologische Team untereinander von der Schweigepflicht entbunden ist.

Zusätzlich entbinde ich / entbinden wir als Sorgeberechtigte des oben genannten Kindes die Schulpsychologinnen des WGG im Rahmen der schulpsychologischen Tätigkeit von ihrer Schweigepflicht gegenüber den nachfolgend genannten Personen:

- Schulleitungsteam sowie Stufenkoordinationen
- Lehrkräfte des Kindes
- Andere interne Beratungsstellen (Name und Funktion): _____
- Externe Stelle (Name, Funktion und Telefonnummer): _____

Mit meiner/ unserer Unterschrift versichere ich / versichern wir, dass die Entbindung von der Schweigepflicht nach dem Willen von allen Sorgeberechtigten gewünscht ist.

Mir/uns ist bekannt, dass diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht auf rein freiwilliger Basis erfolgt und ich diese jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Vielen Dank für Ihre Mühe!