**Beratungsbezirk 19**Christian Bachmaier ***(Mi. 9-10h)***

*Staatl. Schulpsychologe*

Christine Hagmann ***(Do. 11-12h)***

*Qual. Beratungslehrerin*
Julia Schiemenz ***(Di. 13-14h)***

GS Zielstattstraße (Aidenbachstr. 23)
81379 München
Tel.: 7 24 48 79 33

*Staatl. Schulpsychologin* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liebe Eltern,
als Beratungsfachkräfte haben wir den Auftrag, Sie & Ihr Kind zu unterstützen.

Hierbei möchten wir mit Ihnen und den betroffenen Personen gut und sinnvoll zusammenarbeiten.

Für eine gut fundierte Beratung werden zumeist einige Tests (z. B. Begabungs-, Konzentrationstests) gemacht, Unterrichtsbeobachtungen und Gespräche durchgeführt. Dabei unterliegen wir der absoluten **Schweigepflicht**. Dies bedeutet, dass **alle Informationen vertraulich behandelt** werden.

Für eine wirksame Zusammenarbeit mit der jeweiligen Schule/Lehrkraft ist es jedoch sinnvoll, einige, nur diesem Personenkreis betreffende Informationen weiterzugeben und uns auszutauschen. Dazu benötigen wir Ihr Einverständnis!

**Einverständniserklärung:**

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ diagnostische Gespräche und Testverfahren durchgeführt werden.

🞏 ja 🞏 nein

Ich entbinde/Wir entbinden oben genannte Beratungsfachkräfte gegenüber den unten genannten Personen von der Schweigepflicht und umgekehrt:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

München, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Unterschrift Erziehungsberechtigte