

## Anmeldebogen für Schülerinnen und Schüler

|                                    |              |                         |                      |
|------------------------------------|--------------|-------------------------|----------------------|
| Familiennamen, Vorname (SchülerIn) |              | Geburtsdatum            |                      |
| Adresse                            |              |                         |                      |
| Telefon                            | Mobiltelefon | E-Mail / Fax / Sonstige |                      |
| aktuelle <b>Schule</b> , Ort       |              | Klasse                  | KlassenlehrerIn      |
| bisher besuchte Schulen            |              | Klasse                  | wiederholt in Klasse |
|                                    |              | -                       |                      |
|                                    |              | -                       |                      |
|                                    |              | -                       |                      |

☐ vorzeitige Einschulung

☐ altersgerechte Einschulung

☐ Zurückstellung

Schreiben Sie bitte in wenigen Worten, **warum** Sie eine **Beratung** wünschen:

|  |
|--|
|  |
|--|

**Von wem** wurde die Beratung **angeregt**?

☐ eigener Wunsch

☐ Lehrer

☐ BeratungslehrerIn

☐ Beratungsstelle

☐ Bekannte

☐ Sonstige

Haben Sie schon früher einmal in Schul- oder Erziehungsfragen eine Beratungsstelle aufgesucht?

|                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|
| Beratungsstelle, Zeitpunkt, Beratungsgrund, evtl. durchgeführte Tests: |  |
| <input type="checkbox"/> ja                                            |  |
| <input type="checkbox"/> nein                                          |  |

Welche **Maßnahmen** wurden **bisher** durchgeführt? (z.B. Ergo-, Physio-, Psychotherapie, andere)

|  |
|--|
|  |
|--|

Hat Ihr Kind körperliche **Einschränkungen** beim:

☐ Sehen

☐ Hören

☐ Sprechen

☐ Bewegen

☐ Sonstige:

Versäumte Ihr Kind in den letzten zwei Jahren wegen **Krankheit** den Unterricht?

☐ nie

☐ selten

☐ gelegentlich

☐ oft, wegen:

An welchen **Fördermaßnahmen** nahm / nimmt Ihr Kind teil?

☐ Förderunterricht Deutsch

☐ Förderunterricht Mathematik

☐ Förderunterricht bei Lese-Rechtschreib-  
schwäche

|                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| private Nachhilfe im Fach: | bei wem / Einrichtung: |
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |

Welche **Fächer** hat Ihr Kind am liebsten?

|  |
|--|
|  |
|--|

**Eltern** ☐ verheiratet ☐ zusammenlebend ☐ getrennt

|                                                                      |                 |                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mutter: Name, Vorname                                                | erlernter Beruf | ausgeübte Tätigkeit (wenn<br>abweichend)                                                                        |
| <input type="checkbox"/> leibl. <input type="checkbox"/> Stiefmutter | Alter:          | <input type="checkbox"/> Vollzeit- <input type="checkbox"/> Teilzeit- <input type="checkbox"/><br>Schichtarbeit |

|                                                                     |                 |                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vater: Name, Vorname                                                | erlernter Beruf | ausgeübte Tätigkeit (wenn<br>abweichend)                                                                        |
| <input type="checkbox"/> leibl. <input type="checkbox"/> Stiefvater | Alter:          | <input type="checkbox"/> Vollzeit- <input type="checkbox"/> Teilzeit- <input type="checkbox"/><br>Schichtarbeit |

**Geschwister**

| Vorname | Alter | Halb-<br><input type="checkbox"/> | Stief-<br><input type="checkbox"/> | Schule (Klasse) oder Beruf |
|---------|-------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
|         |       | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>           |                            |
|         |       | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>           |                            |
|         |       | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>           |                            |
|         |       | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>           |                            |
|         |       | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>           |                            |

Wer lebt noch **im Haushalt**?

|  |
|--|
|  |
|--|

3

Benötigen Sie einen **barrierefreien Zugang** (z.B. Rollstuhl, Kinderwagen)

☐ Ja

☐ Nein

Ort und Datum

## **Informationen zur Datenerhebung sowie -verarbeitung gemäß EU-DSGVO im Rahmen der Beratung**

Im Rahmen der Beratung an der Schulpsychologischen Beratungsstelle Heilbronn werden personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Durchführung einer Beratung. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Unterlagen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Beratung aufzubewahren.

Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist Voraussetzung für die Durchführung der Beratung. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten einfordern.

Hiermit bestätige ich, dass ich \_\_\_\_\_ (Name, Vorname) von Seiten der Schulpsychologischen Beratungsstelle darüber informiert wurde, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Beratung erhoben und gespeichert werden.

**Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Schulpsychologischen Beratungsstelle einer Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu.**

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Name des Erziehungsberechtigten  
in Druckbuchstaben

## Einwilligung zum Austausch von Informationen bzw. zur Kommunikation über elektronische Mail im Rahmen der Beratung

Hiermit bestätige ich \_\_\_\_\_ (Name, Vorname) dass ich durch dieses Schreiben der Schulpsychologischen Beratungsstelle Heilbronn auf mögliche Gefahren durch den Austausch personenbezogener Daten mittels elektronischer Mail hingewiesen wurde.

Des Weiteren bin ich mir darüber im Klaren, dass ich für von mir versandte Daten die alleinige Verantwortung trage.

Im Rahmen der Arbeit / Beratung mit der Schulpsychologischen Beratungsstelle Heilbronn darf meine E-Mail-Adresse für folgende Korrespondenzen genutzt werden:

- |                                                                                                                  |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| • Terminvereinbarungen                                                                                           | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| • Rücksprachen bezüglich des aktuellen Beratungsbedarfs, der Befindlichkeit, der Entwicklungen und Rückmeldungen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| • Versand von personenbezogenen Daten wie Zeugnisse, Gutachten, etc.                                             | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

 \_\_\_\_\_  
 Ort und Datum

 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift  
 des Erziehungsberechtigten

 \_\_\_\_\_  
 Name des Erziehungsberechtigten  
 in Druckbuchstaben

## Rahmenbedingungen für die Onlineberatung

Wenn die Pandemiesituation es erfordert, bieten wir Ihnen anstelle einer Präsenzberatung eine onlinebasierte Beratung an. Wie wir die Beratung jeweils durchführen, werden wir mit Ihnen bei der konkreten Terminvereinbarung besprechen.

Auch bei der onlinebasierten Beratung stehen in unserer Arbeit Schweigepflicht und Datenschutz an oberster Stelle. Dies bedeutet:

- An der Onlineberatung nehmen stets nur die vorab mit dem Berater vereinbarten Personen teil. Weitere Mithörer sind nicht gestattet.
- Es ist nicht gestattet, während der Onlineberatung Screenshots, Fotos oder Videos aufzunehmen. Ebenso ist es unzulässig, Tonaufnahmen der Beteiligten anzufertigen.

Hiermit akzeptiere ich die oben genannten Rahmenbedingungen für die Onlineberatung und willige in die Teilnahme an der Onlineberatung ein. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift  
des Erziehungsberechtigten

---

Name des Erziehungsberechtigten  
in Druckbuchstaben