

Anmeldebogen

Für eine umfassende Beratung bitte ich um folgende Angaben. Diese sind **vertraulich!**

| Allgemeine Angaben | | | | |
|---|---|---|--|--------------------------------------|
| Familienname | | Vorname | | Geburtsdatum |
| Straße / Hausnummer / PLZ / Wohnort | | | | |
| wichtig: Telefon mit Vorwahl / Handy-Nummer/ E-Mail-Adresse | | | | |
| Schule: | | Klasse/Lerngruppe | Klassenlehrer/in - Lerncoach | |
| Besonderheiten der Schullaufbahn: (zutreffendes bitte vermerken / kurz erläutern) Vorzeitige Einschulung: Zurückstellung: Schulwechsel: Wiederholen in Klasse: | | | | |
| Schulnoten / Niveaustufen der letzten Zeugnisse bzw Halbjahresinformation / Lernentwicklungsberichte (Kopien beilegen) Deutsch: Mathe: Englisch: Sonstige Fächer: (BNT / Technik – AES – Franz / Span / Geo / Sp / BK / Reli / Geschichte) | | | | |
| Fragen zur Beratung | | | | |
| Warum wird eine Beratung gewünscht? (nähere Angaben darüber, welche <u>Fragen</u> die Beratung klären soll – stichwortartig) | | | | |
| Von wem wurde die Beratung angeregt? | | | | |
| eigene Initiative <input type="checkbox"/> | Lehrer/ Erzieher <input type="checkbox"/> | Andere Beratungsstelle <input type="checkbox"/> | Bekannte/Freunde <input type="checkbox"/> | Sonstige <input type="checkbox"/> |

Haben Sie schon früher einmal das Beratungsangebot einer anderen Stelle in Schul- oder Erziehungsfragen angenommen?

| | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Nein | Ja | Wenn ja, bei welcher Stelle? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wann war diese Beratung? |

Familiensituation 1

| | | | | |
|-------------|---------|-------|--|------------------|
| Vater | Vorname | Alter | erlernter Beruf | ausgeübter Beruf |
| Mutter | Vorname | Alter | erlernter Beruf | Ausgeübter Beruf |
| Geschwister | Vorname | Alter | Beruf / Schule (Klasse) / Kindergarten | |

Familiensituation 2

| | | | |
|---|---|---|--|
| Eltern leben zusammen <input type="checkbox"/> | verheiratet <input type="checkbox"/> | nicht verheiratet <input type="checkbox"/> | Sonstiges |
| Eltern leben getrennt <input type="checkbox"/> | geschieden <input type="checkbox"/> | nicht geschieden <input type="checkbox"/> | Sorgerecht: <input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht <input type="checkbox"/> Sorgerecht bei der Mutter <input type="checkbox"/> Sorgerecht beim Vater |

Freizeitverhalten / Freunde

Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten in der Freizeit?

Wie viel Zeit verbringt ihr Kind täglich mit dem Handy / PC?

Mit welchen anderen Kindern kommt Ihr Kind in seiner Freizeit zusammen?

| | | | |
|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| mit Nachbarskindern | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig |
| mit Freunden aus der Schule | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig |
| mit Vereinskameraden | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig |
| in Jugendgruppen | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig |

Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen beim

| | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Sprechen | <input type="checkbox"/> Bewegen | <input type="checkbox"/> Sonstige |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

Versäumte Ihr Kind in den letzten zwei Jahren wegen Krankheit die Schule?

| | | | |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> oft |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|

Anlass der Beratung

Bitte beschreiben Sie kurz die Problematik, die bei Ihrem Kind besteht.

Fördermaßnahmen

| | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stützkurs Deutsch | <input type="checkbox"/> Stützkurs Mathe | <input type="checkbox"/> LRS-Kurs | <input type="checkbox"/> private Nachhilfe | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|---|---|-----------------------------------|---|------------------------------------|

Welche Fächer mag ihr Kind am liebsten?

Lern- / Arbeitsverhalten

Beschreiben Sie in kurzen Worten das Arbeitsverhalten Ihres Kindes bezüglich...

Hausaufgaben:

Wie lange braucht ihr Kind **täglich** für Hausaufgaben?

Wer kümmert sich um die Hausaufgaben Ihres Kindes?

Benötigt ihr Kind Hilfe bei den Hausaufgaben? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Nie Selten Oft Ständig

Lernorganisation: (Ordnung der Heft / Notieren von Hausaufgaben und Klassenarbeitsterminen)

Testeinverständnis

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung erforderlichen Tests bei meinem Kind durchgeführt werden können.

ja nein

Weitere Einverständniserklärungen

Für die Beratung ist es wichtig, auch die Beobachtungen der Lehrer / Erzieher zu berücksichtigen. Ich möchte dies aber nur mit Ihrem Einverständnis tun.

Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit Lehrern / Erziehern / Schulsozialarbeitern / Freizeitpädagogen über Ihr Kind spreche bzw. Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsstellen einhole?

ja nein Ich möchte erst später darüber entscheiden

Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit Lehrern / Erziehern bzw. mit einer anderen Beratungsstelle über Ihr Kind und die Untersuchung spreche?

ja nein Ich möchte erst später darüber entscheiden

Sind Sie damit einverstanden, dass ich allein mit Ihrem Kind Gespräche führe?

ja nein

Falls Sie bereits **Berichte von anderen Beratungsstellen / Ärzten oder auch Zeugniskopien** haben, wäre es hilfreich, wenn Sie diese zum 1. Gespräch bereits mitbringen. All diese Unterlagen werden vertraulich behandelt.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich bedanke mich für Ihre Angaben! S. Linge.

Informationen zur Datenerhebung sowie –verarbeitung im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft an Ihrer **Schule**

Im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft **Frau Sabine Linge** an Ihrer **Schule** werden gemäß der EU-DGSVO (Europäischen Datenschutzgrundverordnung) personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Aufgrund rechtlicher Vorgaben ist die Beratungslehrkraft dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Beratung aufzubewahren.

Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist Notwendig für die Durchführung der Beratung. Eine Weitergabe von Daten an Dritte findet nur nach vorheriger Rücksprache statt und nur dann, wenn Sie die Beratungslehrkraft schriftlich von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht entbinden. Sie haben das Recht, jederzeit über die die betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und diese ggf. Berichtigen zu lassen.

Hiermit bestätige ich _____ (Name, Vorname), dass ich seitens der Beratungslehrkraft **Frau Sabine Linge** darüber informiert wurde, dass meine personenbezogenen Daten / die meines Kindes im Rahmen der Beratung erhoben und gespeichert werden.

Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Frau Sabine Linge einer Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu.

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

Datum, Ort

Unterschrift

| |
|---|
| <p align="center">Einwilligung zum Austausch von Informationen bzw. zur Kommunikation über E-Mail im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft an Ihrer Schule</p> |
|---|

Ich _____ (Name, Vorname) stimme im Rahmen der Beratung mit Beratungslehrkraft **Frau Sabine Linge** Folgendem zu:

- der Nutzung von E-Mail zu Terminabsprachen: **ja** **nein**
- der Kontaktaufnahme und Korrespondenz per E-Mail durch die Beratungslehrkraft (z.B. Rückfragen zu Beratung, zum Beratungs-bedarf, zu Entwicklungen, für Rückmeldungen etc.)
ja **nein**
- dem Versand von personenbezogenen Daten wie Zeugnisse, Gutachten, etc. per E-Mail
ja **nein**
- Ich bin mir darüber im Klaren,
 - dass ich für von mir versandte Daten die alleinige Verantwortung trage.
 - dass elektronischer Kommunikation potentiell von Dritten eingesehen werden kann.

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

Datum, Ort

Unterschrift