

**Schulpsychologischer Dienst**  
**bei den Staatlichen Schulämtern Bamberg Stadt und Land**  
Kathrin Ferdin  
Grundschule Viereth-Trunstadt  
Schulstraße 12  
96191 Viereth-Trunstadt  
Tel: 09503/5000 384  
Fax: 09503/921474  
[schulpsychologie.ferdin@gs-viereth-trunstadt.de](mailto:schulpsychologie.ferdin@gs-viereth-trunstadt.de)



## **Einverständniserklärung und Schweigepflichtsentbindung**

Hiermit erklären sich die Erziehungsberechtigten, der / die Erziehungsberechtigte  
\_\_\_\_\_ damit einverstanden, dass der Schüler /  
die Schülerin \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
Schule \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

dem schulpsychologischen Dienst zu einer pädagogisch-psychologischen Beratung vorgestellt wird.

Ich / Wir stimme/n zu, dass das Kind in diesem Rahmen von der Schulpsychologin selbst bzw. von der für die Schule zuständigen Beratungslehrkraft mit den notwendigen diagnostischen Verfahren überprüft wird. Im Falle einer digitalen Verarbeitung der Daten zur Testauswertung erfolgt keine Speicherung nach Ausdruck der Testergebnisse.

Darüber hinaus bin ich / sind wir damit einverstanden, dass Informationen von der zuständigen Schule und anderen Institutionen durch den Schulpsychologen eingeholt bzw. an diesen weitergegeben werden können (wechselseitige Schweigepflichtsentbindung).

- Lehrkräfte meines Kindes .....
  - Schulleitung .....
  - Beratungslehrkraft .....
  - Schulpsychologe .....
  - Mobiler sonderpädagogischer Dienst .....
  - Jugendsozialarbeit .....
  - Mittagsbetreuung .....
  - Psychologen / Therapeuten .....
  - Behandelnden Ärzte .....
  - Jugendamt .....
  - Beratungseinrichtung .....
  - Sonstige Stellen .....
- (Bitte Zutreffendes ankreuzen und namentlich angeben.)

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten