|  |
| --- |
| **Frank Weitenhagen** **Beratungslehrer**Otto-Hahn-Gymnasium Kaiserstraße 1471636 LudwigsburgTelefon: 0 7141 / 9102733E-Mail: f.weitenhagen@ohg-lb.de |
|  |

Für eine umfassende schulpsychologische Beratung bitte ich um folgende Angaben, die ich

selbstverständlich vertraulich behandeln werde:

|  |
| --- |
| **ANMELDEBOGEN**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname | Vorname | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer | Telefon mit Vorwahlerreichbar (Uhrzeit) |
| PLZ, Wohnort |
| E-Mailadresse  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Schule**Friedensschule**  | Klasse | Klassenlehrer/in |
| **Fragen zur Schullaufbahn** |
| **bisher besuchte Schulen/wiederholte Klassen** | **von Klasse /****bis Klasse** | **Wiederholen** **in Klasse** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Welche Frage bzw. welche Fragen soll die Beratung klären?** |

|  |
| --- |
| **Wie kamen Sie auf diese Beratungsmöglichkeit?** |
|  |
| **Wurde schon früher einmal das Beratungsangebot einer anderen Stelle in Schul- und** **Erziehungsfragen angenommen? Falls ja: Anlass? Wann? Bei welcher Stelle?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. der Halbjahresinformation.****Bitte tragen Sie unter den Fächern auch jeweils die Lehrer ein, die zur Zeit unterrichten.** |
| Deutsch |  | Mathematik |  | Englisch  |  | Musik |  | Andere Fächer |
| Bewegung, Sport, Spiel |  | Sachunterricht |  | Kunst- Werken |  |  |  | ......................... |
| **Welches sind die Lieblingsfächer?** |
|  |

|  |
| --- |
| **An welchen Fördermaßnahmen wird / wurde teilgenommen (z. B. Förderkurse in der Schule, LRS-Förderung, private Nachhilfe etc.)? Bitte Beginn, Dauer, Fächer, Häufigkeit angeben.** |
|  |

|  |
| --- |
| **Welcher weiterführende Schule wird angestrebt?** |
|  |
| **Hat der Schüler schon berufliche Wünsche oder Vorstellungen? Wenn ja: Welche?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Wie viel Zeit wird im Durchschnitt täglich (Montag bis Freitag) für die Hausaufgaben verwendet (einschließlich Lernen und Vorbereitung der Klassenarbeiten)?** |
| ❑ | bis zu1 Std. | ❑ | bis zu 1 ½ Std. | ❑ | bis zu 2 Std. | ❑ | mehr als 2 Std. |

|  |
| --- |
| **Wird bei den Hausaufgaben geholfen?** |
| ❑ | Kontrollieren der fertigen schriftlichen Hausaufgaben (Wenn ja: von wem?) |
| ❑ | Abfragen (Wenn ja: von wem?) |
| ❑ | Zusätzliche Übungen (Wenn ja: von wem / welche?) |
| ❑ | Hausaufgaben werden selbständig und ohne Hilfe erledigt |
| **Wo werden die Hausaufgaben gemacht?** |
|  |
| **Liegen LRS und/oder AD(H)S vor? Wenn ja: Was wurde bisher unternommen, wie ist der aktuelle Stand?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Womit beschäftigt sich die Schülerin/der Schüler in der Freizeit?** |
| **Fernsehen (Zeit pro Woche, Art der Sendungen)** |
| **Computer (Zeit pro Woche, Art der Spiele/Programme)** |
| **Sonstiges (Freunde, Sport …)** |

|  |
| --- |
| **Liegen körperliche Einschränkungen vor beim** |
|  | Sehen |  | Hören |  | Sprechen |  | Bewegen |  | Sonstige: |
| **Wurde in den letzten Jahren wegen Krankheit der Unterricht versäumt?** |
|  | nie |  | selten  |  | gelegentlich |  | oft |
| **Wie lange schläft die Schülerin/der Schüler im Durchschnitt? (Von wann bis wann? Gibt es Besonderheiten, z. B. vor Klassenarbeiten etc.?)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Familiensituation** |
| Alleinerziehend? ja❑ nein❑ |
| Leben die leiblichen Eltern des Kindes zusammen? ja❑ nein❑ |
| Vater |  | Alter | Beruf |
| Mutter |  | Alter | Beruf |
| Geschwister | Vorname | Alter | Beruf bzw. Schüler an folgender Schule |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**- bei Minderjährigem vom Erziehungsberechtigten auszufüllen -**

|  |
| --- |
| **Einverständniserklärung** |
| **Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung erforderlichen Tests durchgeführt werden können.** |
| ja ❑ nein ❑ Ich möchte erst später darüber entscheiden. ❑  |
| **Für die Beratung wäre u. U wichtig, auch die Beobachtungen des Lehrers/der Lehrerin zu berücksichtigen. Ich möchte es aber nur mit Ihrer Zustimmung tun. Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit Lehrern/innen spreche bzw. Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsdiensten einhole?** |
| ja ❑ nein ❑ Ich möchte erst später darüber entscheiden. ❑  |
| **Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit dem Lehrer/der Lehrerin bzw. mit Beratungsstellen über die Untersuchungsergebnisse spreche?** |
| ja ❑ nein ❑ Ich möchte erst später darüber entscheiden. ❑  |
| **Bitte senden Sie mir (bis einschließlich Klasse 7) mit dem Anmeldebogen auch die Grundschulzeugnisse der Klassen 1 – 4 (Kopie oder Original) zu.** Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Ich bedanke mich für Ihre Angaben und hoffe auf eine gute Zusammenarbeit.**

**Frank Weitenhagen, Beratungslehrer**

**Informationen zur Datenerhebung sowie –verarbeitung gemäß EU-DSGVO
im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft
an der GDRS Ludwigsburg**

Im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Herr Weitenhagen an der GDRS Ludwigsburg werden personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Durchführung einer Beratung. Aufgrund rechtlicher Vorgaben ist die Beratungslehrkraft 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 Beratungslehrkraft Herr Weitenhagen darüber informiert wurde, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Beratung erhoben und gespeichert werden.

**Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Herr Weitenhagen einer Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu**.

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

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

Datum, Ort Unterschrift

**Einwilligung zum Austausch von Informationen bzw. zur Kommunikation über elektronische Mail im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft
an der GDRS Ludwigsburg**

Hiermit bestätige ich ………………………………. (Name, Vorname) dass ich durch die Beratungslehrkraft Herr Weitenhagen 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.

**Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Herr Weitenhagen folgendem zu**:

* der Nutzung der elektronischen E-Mail zu Terminabsprachen:

**ja □ nein □**
* der Kontaktaufnahme und Korrespondenz durch die Beratungslehrkraft Herr Weitenhagen (z.B. Rückfragen zu Befindlichkeit/Beratungsbedarf/Entwicklungen/Rückmeldungen etc.)

**ja □ nein □**
* dem Versand von personenbezogenen Daten wie Zeugnisse, Gutachten, etc.
 **ja □ nein □**

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

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

Datum, Ort Unterschrift