



ANMELDEBOGEN

Für eine umfassende Beratung bitte ich um folgende Angaben, die ich vertraulich behandeln werde.

FAMILIE

Kind			
Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Klasse

Mutter			
Nachname	Vorname	Alter	Beruf/Tätigkeit

Vater			
Nachname	Vorname	Alter	Beruf/Tätigkeit

Geschwister			
Nachnamen	Vornamen	Alter	Schule/Klasse/Tätigkeit

Adresse	
Straße	PLZ, Ort
Email	
Telefonnummern (Mutter, Vater, mobil, geschäftlich)	
Kontakt über	



Sonstiges, z.B. Trennung der Eltern (Datum), Sorgerechtsregelung, neue Lebenspartner*in der Eltern, abweichende Adressen, genaue Beschreibung besonderer Lebensumstände des Kindes.

SCHULE

Schule

Schule (Name und Ort)	Klassenlehrer*in
-----------------------	------------------

Bisher besuchte Schulen

Schulen (Name und Ort)	von Klasse... bis Klasse...	Wiederholen von Klasse

Noten des letzten Zeugnisses bzw. der letzten Halbjahresinformation:

Verhalten	Mitarbeit	Deutsch	Mathematik	Englisch	Französisch
Latein	Spanisch	Religion	Ethik	BNT	Biologie
Chemie	Physik	Erdkunde	Erdkunde	NWT	Geschichte
Gemeinschaftskunde	WBS	Sport	Musik	BK	Informatik/ Medien
Weitere Fächer:					
Teilnahme an AGs:					

An welchen Fördermaßnahmen nahm oder nimmt Ihr Kind teil?

<input type="checkbox"/> Förderunterricht (Fächer?)	<input type="checkbox"/> Förderung bei Lese-/ Rechtschreibschwäche	<input type="checkbox"/> Priv. Nachhilfe/Lerntherapie (Einrichtung?)
--	---	---



Erläuterungen:

Welche Fächer hat Ihr Kind...

... am liebsten?	... am wenigsten gern?
------------------	------------------------

Welcher Schulabschluss wird angestrebt?

<input type="checkbox"/> Abitur	<input type="checkbox"/> Mittlere Reife	<input type="checkbox"/> Schulbesuch als
<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss	Übergangslösung

Hat Ihr Kind schon berufliche Wünsche oder Vorstellungen?

Nein Ja Wenn ja, welche:

Wie lange braucht Ihr Kind für die täglichen Hausaufgaben?

bis zu einer Stunde bis zu 1½ Stunden bis zu 2 Stunden länger als 2 Stunden

Wie wird Ihr Kind bei den Hausaufgaben (HA) unterstützt?

Kontrollieren der HA Abfragen Zusätzliche Übungen: Kind macht HA selbstständig

Erläuterungen (z. B.: Wer unterstützt?):

Hat Ihr Kind in den vergangenen Jahren den Unterricht versäumt?

nie selten gelegentlich häufig

Erläuterungen (Gründe, Häufigkeit):

Halten Sie Kontakt zur Klassenlehrkraft / zu den Fachlehrer*innen?

nie selten gelegentlich häufig

Erläuterungen:



PRIVATES

Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten? (gerne Mehrfachnennungen)

Sport:	<input type="checkbox"/> Handball, Fußball o. Ä.	<input type="checkbox"/> Rad fahren	<input type="checkbox"/> Tanzen/Ballett	<input type="checkbox"/> Anderes:
	<input type="checkbox"/> Schwimmen	<input type="checkbox"/> Turnen	<input type="checkbox"/> Ski fahren	
Medien:	<input type="checkbox"/> Fernsehen/Video	<input type="checkbox"/> Computerspiele	<input type="checkbox"/> Musik hören	<input type="checkbox"/> Anderes:
	<input type="checkbox"/> Kino	<input type="checkbox"/> Handyspiele	<input type="checkbox"/> Sozialmedia	
Kreativ-kulturell:	<input type="checkbox"/> Musizieren	<input type="checkbox"/> Malen, Basteln	<input type="checkbox"/> Theater spielen	<input type="checkbox"/> Anderes:
	<input type="checkbox"/> Lesen	<input type="checkbox"/> Handarbeiten	<input type="checkbox"/> Theater besuchen	
Soziales:	<input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele	<input type="checkbox"/> Mitwirkung in Verein	<input type="checkbox"/> Mitwirkung in Partei	<input type="checkbox"/> Anderes:
	<input type="checkbox"/> zuhause mitarbeiten	<input type="checkbox"/> Mitwirkung in Kirche	<input type="checkbox"/> Mitwirkung in NABU	

Mit wem kommt Ihr Kind in der Freizeit zusammen?

Klassenkamerad*innen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Vereinskamerad*innen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Jugendgruppen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Bekanntenkreis:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Sonstige:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Erläuterungen:			

Hat Ihr Kind Einschränkungen beim...?

<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Sprechen	<input type="checkbox"/> Bewegen	<input type="checkbox"/> Andere:
Erläuterungen:				

ANMELDUNG ZUR BERATUNG

Von wem geht der Wunsch nach Beratung aus? (Bitte alle Zutreffenden ankreuzen.)

<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Lehrer	<input type="checkbox"/> Andere:
Erläuterungen:				

Wie schätzen Sie die Kooperationsbereitschaft Ihres Kindes ein?

Sehr kooperativ Überhaupt nicht kooperativ

Erläuterungen:

Bitte beschreiben Sie in Stichworten, warum Sie eine Beratung wünschen (nähere Angaben darüber, welche Fragen die Beratung klären soll).

Haben Sie sich früher schon einmal in Schul- oder Erziehungsfragen beraten oder Ihr Kind testen oder behandeln lassen? (Bitte ggf. Kopien der Unterlagen beilegen.)

Nein Ja Wenn ja, bei wem?

Erläuterungen (Gründe und Datum; Maßnahmen wie Testungen, Behandlungen, Trainings usw.):

Welche Auffälligkeiten wurden festgestellt?

**Befindet sich Ihr Kind zurzeit in einer Behandlung (ärztlich, logo-/ergo-/psychotherapeutisch o. Ä.)?
Bitte ggf. Kopien der Unterlagen beilegen.**

Nein Ja Wenn ja, wo?

Erläuterungen (Gründe; Maßnahmen wie Testungen, Behandlungen, Trainings usw.):

Welche Auffälligkeiten wurden festgestellt?

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN

Sind Sie damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung erforderlichen Tests (z.B. Begabungstest) durchgeführt werden? (Es erfolgt jeweils eine Aufklärung.)

Ja Nein Unentschieden, weil:

Erläuterungen:

Für den Beratungserfolg ist es wichtig, auch Beobachtungen der Lehrkräfte und anderen Beratungsdiensten/Helfereinrichtungen zu berücksichtigen. Ich unterliege der Schweigepflicht und werde dies nur mit Ihrer Zustimmung tun. Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit Lehrkräften spreche, Schulzeugnisse einsehe bzw. Auskünfte oder Testunterlagen bei anderen Beratungsdiensten/Helfereinrichtungen einhole und Sie mich hier von der Schweigepflicht entbinden?

Ja Nein Unentschieden, weil:

Erläuterungen (z. B. Ausnahmen):

Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit den an der Förderung Ihres Kindes mitarbeitenden Lehrkräften bzw. mit Beratungsdiensten/Helfereinrichtungen über die Untersuchungsergebnisse spreche?

Ja Nein Unentschieden, weil:

Erläuterungen (z. B. Ausnahmen):

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von: (Bitte alle zutreffenden Personen ankreuzen.)

Mutter Vater Andere:

Ihre Unterschriften

(Wenn nur eine erziehungsberechtigte Person unterschreibt, erklärt diese auch das Einverständnis der anderen erziehungsberechtigten Person.)

Ort, Datum:

Mutter:

Vater:

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

**Informationen zur Datenerhebung sowie -verarbeitung gemäß EU-DSGVO
im Rahmen der Beratung durch die Beratungslehrkraft am EKG**

Im Rahmen der Beratung durch die Beratungslehrkraft Frau Wahl werden personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Durchführung einer Beratung. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten nach Abschluss der Beratung mindestens 10 Jahre aufzubewahren.

Eine Weitergabe Ihrer 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 der Beratungslehrkraft Frau Wahl darüber informiert wurde, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Beratung erhoben und gespeichert werden.

Ich stimme im Rahmen der Beratung durch die Beratungslehrkraft Frau Wahl 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 (E-Mail)
im Rahmen der Beratung bzw. Zusammenarbeit mit der Beratungslehrkraft am EKG**

Hiermit bestätige ich _____ (Name, Vorname), dass ich durch dieses Schreiben der Beratungslehrkraft Frau Wahl auf mögliche Gefahren durch den Austausch personenbezogener Daten mittels **E-Mail** hingewiesen wurde. Des Weiteren bin ich mir darüber im Klaren, dass ich für die von mir versandten Daten die alleinige Verantwortung trage.

Ich stimme im Rahmen der Arbeit/Beratung mit der Beratungslehrkraft Frau Wahl 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 Befindlichkeit /Beratungsbedarf/Entwicklungen/Rückmeldungen etc.)
ja **nein**
- dem (im Einzelfall vereinbarten) Versand von personenbezogenen Daten per E-Mail
ja **nein**

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

Datum, Ort

Unterschrift *

*Die unterzeichnenden Personen versichern, für das Kind sorgeberechtigt zu sein. Unterzeichnet nur eine Person, versichert diese, entweder allein sorgeberechtigt zu sein oder in Vollmacht für den oder die anderen Sorgeberechtigten zu handeln.