



Stadt Bochum  
Schulpsychologische Beratungsstelle  
Liboriusstraße 39  
44807 Bochum

Schulpsychologische  
Beratungsstelle  
Tel.: 0234 910-6120  
Fax: 0234 910-6161  
E-Mail: schulpsychologie@bochum.de

### Gemeinsame Beratungsanfrage

Schüler*in	Schule
Name:	Schule mit Adresse:
Adresse:	
Alter:	Lehrer*in / Name: am besten erreichbar (Tel., E-Mail, Tag, Zeit):
<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	Schulsozialarbeiter*in/Name (falls involviert):
Klasse:	
Muttersprache: <input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> andere	
Sorgeberechtigte & Familie	
<input type="checkbox"/> Gemeinsames Sorgerecht <input type="checkbox"/> Alleiniges Sorgerecht: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	
<input type="checkbox"/> Andere Sorgeberechtigte, und zwar: _____	
Name(n) der sorgeberechtigten Person(en): _____	
Adressen (falls abweichend von Schüler*in): _____ _____	
Geschwister (Geschlecht, Alter):	
Wer soll kontaktiert werden?	
<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> andere, und zwar: _____	
Tel./ Mobil: _____	
am besten erreichbar (Wochentag, Zeit): _____	
Wenn Sie einverstanden sind, dass wir Sie zur Terminvereinbarung per E-Mail kontaktieren, notieren Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse: _____	
Von wem ging die Initiative zur Anmeldung aus?	
<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Eltern/Sorgeberechtigte <input type="checkbox"/> Schüler*in <input type="checkbox"/> andere: _____	

**Anmeldegrund:** Worum geht es? Beschreiben Sie bitte Ihr Problem.

**Beratungsziel:** Was soll durch die Zusammenarbeit mit der Schulpsychologie erreicht werden?

**Was wurde / wird bisher innerhalb der Schule unternommen** (z. B. Gespräche, Förderunterricht, Rück-/Vorversetzen, schulische Beratung, ...)?

**Was wurde / wird bisher außerhalb der Schule unternommen** (z. B. im Wohnumfeld, Arztbesuche, Beratungsstellen, Nachhilfe, Therapien, ...)?

**Welche Stärken hat die Schülerin / der Schüler?**

**Einwilligung zur Datenverarbeitung:**

Ich willige ein, dass meine **personenbezogenen Daten** durch die Schulpsychologische Beratungsstelle der Stadt Bochum ausschließlich zum Zwecke der gewünschten Beratung verarbeitet werden. Eine Übermittlung an Dritte findet nicht statt. Ich habe das Recht auf Auskunft über die gespeicherten Daten und ich kann die Berichtigung, Sperrung und Löschung dieser Daten verlangen. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Im Falle des Widerrufs werden die gespeicherten Daten unverzüglich gelöscht. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung bekomme ich im Internet unter [www.bochum.de/Schulpsychologie](http://www.bochum.de/Schulpsychologie) oder auf Wunsch in gedruckter Form durch die Beratungsstelle.

**Schweigepflichtentbindung durch die Sorgeberechtigten:**

Wir als Sorgeberechtigte entbinden die oben benannten Fachkräfte und die in der Beratungsstelle tätigen Psycholog\*innen ausschließlich zur Durchführung der gewünschten Beratung gegenseitig von der von gesetzlichen Schweigepflicht. Wir sind darüber informiert, dass wir die Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen können. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Beratung nicht berührt. Der Beratungsauftrag kann in dem Fall ggf. nur noch eingeschränkt erfüllt werden.

**Rechtliche Hinweise**

Wir weisen darauf hin, dass bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht der an der Beratung teilnehmende Elternteil verpflichtet ist, den anderen über Anmeldung und Ergebnisse der schulpsychologischen Beratung zu informieren.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 1. Sorgeberechtigte\*r

(Bei gemeinsamen Sorgerecht werden beide Unterschriften benötigt.)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Lehrkraft

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schulsozialarbeiter\*in (falls involviert)