

**Ihre Angaben werden vertraulich behandelt**

Familienname	Vorname Schüler	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Vorname Mutter / Vater	Festnetz
PLZ, Wohnort	E-Mail	Handynummer

Klasse:  
Klassenlehrer:

Schule:

Besonderheiten der Schullaufbahn:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- vorzeitige Einschulung
- Zurückstellung
- Schulwechsel
- Wiederholen in Klasse:
- Klasse überspringen:

Bitte schreiben Sie bitte in wenigen Worten auf, warum Sie eine Beratung wünschen:

Von wem wurde die Beratung angeregt?

<input type="checkbox"/> eigener Wunsch	<input type="checkbox"/> Lehrer	<input type="checkbox"/> andere Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> Sonstige
-----------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Haben Sie sich schon früher einmal in Schulfragen bei einer anderen Stelle beraten lassen?

Nein       Ja    Wenn ja, bei welcher Stelle?  
Wann war diese Beratung?

Welche Fördermaßnahmen nehmen Sie in Anspruch / haben sie in Anspruch genommen?

---



---



---



---

Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. der Halbjahresinformation

Fach	Note	Fach	Note	Fach	Note

Derzeitige Schulnoten

Fach	Note	Fach	Note	Fach	Note

Lieblingsfächer

Familiensituation (Vater, Mutter, Geschwister)

Name	Vorname	Alter	erlernter Beruf	ausgeübter Beruf

Freizeitaktivitäten

Kontakte in der Freizeit

Mit Nachbarn	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
Mit Klassenkameraden	<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
Sonstige:	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig

Körperliche Einschränkungen beim

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

In den letzten zwei Jahren wegen Krankheit Versäumter Unterricht

<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> Oft
------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

## **Einverständniserklärung**

Zutreffendes bitte ankreuzen:

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

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden.
-----------------------------	-------------------------------	----------------------------------------------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass wir mit anderen Lehrern sprechen bzw. Auskünfte einholen.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden.
-----------------------------	-------------------------------	----------------------------------------------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass wir Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsdiensten einholen.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden.
-----------------------------	-------------------------------	----------------------------------------------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass wir mit dem Lehrer bzw. mit einer anderen Beratungsstelle über Ihr Kind und über die Untersuchungsergebnisse sprechen.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden.
-----------------------------	-------------------------------	----------------------------------------------------------------------

---

Datum, Ort und Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**Bitte senden sie das ausgefüllte Formular per E-Mail an**

**[Andreas.Bender@zsl-rsgd.de](mailto:Andreas.Bender@zsl-rsgd.de)**

**Ich melde mich dann bei ihnen zur Terminvereinbarung.**

**Informationen zur Datenerhebung sowie –Verarbeitung gemäß EU-DSGVO**  
**im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft**  
**Andreas Bender**

Im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Herr Bender an der Schule 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 Andreas Bender darüber informiert wurde, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Beratung erhoben und gespeichert werden.

**Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft 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  
Andreas Bender**

Hiermit bestätige ich \_\_\_\_\_ (Name, Vorname) dass ich durch die Beratungslehrkraft Herr Bender 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 Andreas Bender Folgendem zu:**

- der Nutzung der elektronischen E-Mail zu Terminabsprachen:  
**ja**  **nein**
- der Kontaktaufnahme und Korrespondenz durch die Beratungslehrkraft Andreas Bender (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