



**Martina Hirschlein**  
– Beratungslehrkraft –  
Grundschule Pommersfelden  
Schönbornstr. 4  
96178 Pommersfelden  
Tel.: 09548 – 921035 oder 09502-8485 (Sam)  
Email: [vs-pommersfelden.beratung@t-online.de](mailto:vs-pommersfelden.beratung@t-online.de)

## Sehr geehrte Eltern und Erziehungsberechtigte,

die Lehrkraft Ihres Kindes, Herr/ Frau \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_  
hat mich um Unterstützung für Ihren Sohn/ Ihre Tochter \_\_\_\_\_  
gebeten.

Gerne nehme ich diesen Auftrag an und möchte Sie kurz über die Beratungstätigkeit informieren.

- Schulberatung ist grundsätzlich freiwillig, kostenlos und vertraulich. Um aber sinnvoll und erfolgreich in der Schule arbeiten zu können, ist es wichtig, mich von der Schweigepflicht gegenüber den Lehrkräften zu entbinden, damit ich mich über Ihr Kind ausreichend informieren und auch auf schulische Unterlagen ohne Einschränkung zugreifen kann.
- Zur Ergänzung verwende ich auch psychologische Testverfahren, auch Intelligenztests. Die Unterlagen verbleiben streng geschützt bei mir und werden nur mit Ihrem Einverständnis an Dritte weitergegeben.
- Auch außerschulische Beratungsdienste können, wenn es die Umstände verlangen, mit einbezogen werden. Auch hier benötige ich eine gegenseitige Entbindung von der Schweigepflicht Ihrerseits, um Informationen und Daten austauschen zu können.

Bitte geben Sie beiliegende Einverständniserklärung unterschrieben über die Klassenleitung an mich zurück.

Mit freundlichen Grüßen

Martina Hirschlein



**Martina Hirschlein**  
– Beratungslehrkraft –  
Grundschule Pommersfelden  
Schönbornstr. 4  
96178 Pommersfelden  
Tel.: 09548 – 921035 oder 09502-8485 (Sam)  
Email: [vs-pommersfelden.beratung@t-online.de](mailto:vs-pommersfelden.beratung@t-online.de)

## Einverständniserklärung und wechselseitige Schweigepflichtsentbindung

Hiermit erkläre ich/wir mich/uns einverstanden, dass der Schüler / die Schülerin

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

der Beratungslehrkraft Martina Hirschlein vorgestellt wird.

Ich / Wir stimme(n) zu, dass in diesem Rahmen das Kind von der Beratungslehrkraft zur Sicherung der Diagnose **durch psychologische Testverfahren getestet** werden kann und entbinde(n) sie auf Gegenseitigkeit von der Schweigepflicht gegenüber *(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. durchstreichen)*

- ( ) der Lehrkraft und der Schulleitung meines Kindes
- ( ) der Schulpsychologin Elke Habermeier
- ( ) dem MSD (Mobile Sonderpädagogische Dienste)
- ( ) Einrichtungen der Jugendhilfe und der Erziehungsberatungsstelle
- ( ) dem Kinder- und Jugendpsychiater
- ( ) dem Kinderarzt
- ( ) den Mitarbeitern des Hortes/ der Ganztageschule/ der Kindertagesstätte

*Die Erkenntnisse dienen dem besseren Kennenlernen sowie der Beratung und Unterstützung des Schülers / der Schülerin und werden **absolut vertraulich** behandelt.*

*Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Eine Verweigerung der Einwilligung hat keine nachteiligen rechtlichen Folgen, sie erschwert lediglich eine sinnvolle Beratungsarbeit.*

Telefonische Erreichbarkeit der Eltern: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

.....  
Anschrift und Telefonnummer(-n)