



**Schulpsychologische Beratungsstelle**  
der StädteRegion Aachen  
Steinstr. 87  
52249 Eschweiler

---

## Anmeldung zur Schulpsychologischen Beratung

### **Gemeinsame Anmeldung durch Eltern<sup>1</sup> und Lehr-/Fachkräfte:**

Den Zugang zur Schulpsychologischen Beratung stellt im Regelfall die gemeinsame Anmeldung von Eltern und Lehrkräften dar. Falls dies explizit nicht erwünscht ist, können Sie sich auch als Familie zunächst alleine anmelden.

### **Schweigepflicht:**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständigen Mitarbeiter\_innen der Schulpsychologischen Beratungsstelle sich über die Terminfindung und schulische Entwicklung meines Kindes mit der/den auf Seite 7 genannten Fachkraft/-kräften austauschen. Zum Zweck dieses Austausches entbinde ich die eben benannten Personen von der Schweigepflicht.

### **Weitergabe von Informationen:**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schulpsychologische Beratungsstelle die zum Zwecke der Anmeldung erhobenen Daten vorübergehend speichert. Diese Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen werden.

### **Falls nur ein Elternteil anmeldet:**

Die Beratungsstelle weist darauf hin, dass bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht der an der Beratung teilnehmende Elternteil verpflichtet ist, den anderen Elternteil über diese Anmeldung und die Ergebnisse der Schulpsychologischen Beratung zu informieren.

Diese Erklärung gebe ich im Namen aller Elternteile ab.

---

Datum, Unterschrift eines Elternteiles

### **Bitte ankreuzen, falls zutreffend:**

Ich wünsche eine **Eingangsbestätigung** meiner Anmeldung per E-Mail.

**Allgemeine Information zum Vorgehen im Beratungsprozess:**

Nach Eingang der Anmeldung ist zunächst mit einer Wartezeit zu rechnen, bis ein\_e Mitarbeiter\_in der Schulpsychologischen Beratungsstelle Kontakt mit den anmeldenden Personen (Lehr-, Fachkräfte und Elternteile) aufnimmt. In der Regel folgt dann ein **gemeinsames Beratungsgespräch**. Im Rahmen dieses Gesprächs werden weitere Schritte des Beratungsprozesses vereinbart.

Bitte senden Sie diesen Anmeldebogen und die erforderlichen Unterlagen an die Schulpsychologische Beratungsstelle zurück! Wir melden uns bei Ihnen, sobald ein Termin verfügbar ist.

**Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit!**

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Name Schule:

Anschrift:

PLZ/Ort:

Klasse:

Klassenleitung:

männlich

weiblich

divers

keine Angabe

### Kontaktinformation Eltern

Name Elternteil 1:

Name Elternteil 2:

Anschrift:

Anschrift:

PLZ/Ort:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefon:

E-Mail:

E-Mail:

Ich bin mit E-Mail-Verkehr einverstanden

Ich bin mit E-Mail-Verkehr einverstanden

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst genau aus,  
damit wir Ihr Anliegen zeitnah bearbeiten können.

**Von den Eltern auszufüllen:**

**Zu welchem Thema möchten Sie sich beraten lassen und wie lange bestehen die Schwierigkeiten?**

**Bei welchen konkreten Fragen wünschen Sie sich Hilfestellung von der Schulpsychologischen Beratungsstelle?**

**Was wünscht sich Ihr Kind von der Beratung?**

**Wurden bisher außerschulische Unterstützungsangebote in Anspruch genommen und wenn ja, welche und wann? (z.B. Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie, Besuche bei Ärzten / beim schulärztlichen Dienst, im SPZ)**

**Besteht aktuell außerschulische Unterstützung? Wenn ja, welche?**

**Falls noch weitere Themen zutreffen, bitte zusätzlich ankreuzen:**

- Lernprobleme
- Konzentration/Aufmerksamkeit
- Psychische Belastung in der Schule (z.B. Ängste, Rückzug, Traurigkeit, ...)
- Verhaltensauffälligkeiten in der Schule
- Soziale Probleme in der Schule
- Schulbesuchsprobleme
- Kommunikationsschwierigkeiten/Konflikte mit der Schule

**Wie lange bestehen die Schwierigkeiten?**

**Zu welchen Zeiten können Sie am ehesten Beratungsgespräche in Anspruch nehmen?**

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
vormittags					
nachmittags					

Anmerkungen:

Wir bemühen uns um Berücksichtigung Ihrer Wünsche im Rahmen unserer Möglichkeiten. Bitte beachten Sie, dass es die Wartezeit sowie den Beratungsprozess sehr begünstigt, wenn Sie zeitlich flexibel sind.

**Bitte fügen Sie der Anmeldung, falls sinnvoll, folgende Anlagen bei:**

- Zeugniskopien
- Förderpläne der Schule
- Befunde anderer Beratungseinrichtungen, Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken o.ä., falls vorhanden



► Von der Schule auszufüllen!

**Kontaktperson in der Schule (z.B. Klassenleitung, Tutor)**

**Name:**

**Funktion:**

**Telefon:**

**E-Mail:**

Ich bin mit E-Mail-Verkehr einverstanden

**Anliegen:**

**Ich wünsche mir Unterstützung bei der Klärung folgender Frage(n):**

**Folgende Personen wurden bereits zur Klärung der beschriebenen Fragestellung(en) einbezogen:**

Beratungslehrkraft,  Schulsozialarbeiter\_in,  Sonderpädagoge\_in,

andere: \_\_\_\_\_

**Welche schulischen Maßnahmen wurden bisher unternommen und mit welchem Erfolg?**

**Wann sind Sie für eine erste Kontaktaufnahme telefonisch gut erreichbar?**

**Zu welchen Zeiten können Sie am ehesten Beratungsgespräche in Anspruch nehmen?**

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
vormittags					
nachmittags					

Anmerkungen:

Wir bemühen uns um Berücksichtigung Ihrer Wünsche im Rahmen unserer Möglichkeiten.  
Bitte beachten Sie, dass es die Wartezeit sowie den Beratungsprozess sehr begünstigt, wenn Sie zeitlich flexibel sind.

**Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit!**

Das Team der Schulpsychologischen Beratungsstelle der  
StädteRegion Aachen!

**Wenden Sie sich bei Rückfragen gerne an uns: 0241/5198-5144**

**oder per E-Mail: [schulpsychologische-beratungsstelle@staedteregion-aachen.de](mailto:schulpsychologische-beratungsstelle@staedteregion-aachen.de)**