

Otto-Hahn-Gymnasium
Kaiserstraße 14
71636 Ludwigsburg

Telefon: 07141-9102545
E-Mail: v.arnhold@ohg-lb.de

Für eine umfassende schulpsychologische Beratung bitte ich um folgende Angaben, die ich selbstverständlich vertraulich behandeln werde:

ANMELDEBOGEN

Familiennamen	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Telefon mit Vorwahl
PLZ, Wohnort		
E-Mailadresse		

Schule	Klasse	Klassenlehrer/in
Fragen zur Schullaufbahn		
bisher besuchte Schulen/wiederholte Klassen	von Klasse / bis Klasse	Wiederholen in Klasse

Welche Frage bzw. welche Fragen soll die Beratung klären?

Wie kamen Sie auf diese Beratungsmöglichkeit?

Wurde schon früher einmal das Beratungsangebot einer anderen Stelle in Schul- und Erziehungsfragen angenommen? Falls ja: Anlass? Wann? Bei welcher Stelle?

**Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. der Halbjahresinformation.
Bitte tragen Sie unter den Fächern auch jeweils die Lehrer ein, die zur Zeit unterrichten.**

Verhalten	Geschichte	Biologie	BNT	Andere Fächer ↓
Mitarbeit	Französisch/ Latein	Physik	Bildende Kunst
Religion	Englisch	Chemie	Technik
Deutsch	Mathematik	Musik	Wirtschaft Berufsorientierung
Geografie	AES	Sport	Gemeinschafts- kunde

Welches sind die Lieblingsfächer?

Nachhilfe

Welcher Schulabschluss wird angestrebt?

Hat der Schüler schon berufliche Wünsche oder Vorstellungen? Wenn ja: Welche?

Wie viel Zeit wird im Durchschnitt täglich (Montag bis Freitag) für die Hausaufgaben verwendet (einschließlich Lernen und Vorbereitung der Klassenarbeiten)?

- bis zu 1 Std.
 bis zu 1 ½ Std.
 bis zu 2 Std.
 mehr als 2 Std.

Wird bei den Hausaufgaben geholfen?

- Kontrollieren der fertigen schriftlichen Hausaufgaben (Wenn ja: von wem?)
- Abfragen (Wenn ja: von wem?)
- Zusätzliche Übungen (Wenn ja: von wem / welche?)
- Hausaufgaben werden selbständig und ohne Hilfe erledigt

Wo werden die Hausaufgaben gemacht?

Liegen LRS und/oder AD(H)S vor? Wenn ja: Was wurde bisher unternommen, wie ist der aktuelle Stand?

--

**Womit beschäftigt sich die Schülerin/der Schüler in der Freizeit?
Freunde treffen und Schlittschuh laufen**

Fernsehen (Zeit pro Woche, Art der Sendungen)

Computer (Zeit pro Woche, Art der Spiele/Programme)

Sonstiges (Freunde, Sport ...)

--

Liegen körperliche Einschränkungen vor beim

Sehen Brille		Hören		Sprechen		Bewegen		Sonstige:
-----------------	--	-------	--	----------	--	---------	--	-----------

Wurde in den letzten Jahren wegen Krankheit der Unterricht versäumt?

nie		selten		gelegentlich		oft
-----	--	--------	--	--------------	--	-----

Wie lange schläft die Schülerin/der Schüler im Durchschnitt? (Von wann bis wann? Gibt es Besonderheiten, z. B. vor Klassenarbeiten etc.?)

--

Familiensituation

Alleinerziehend? ja nein

Leben die leiblichen Eltern des Kindes zusammen? Ja nein

Vater		Alter	Beruf
Mutter		Alter	Beruf
Geschwister	Vorname:	Alter	Beruf bzw. Schüler an folgender Schule

- bei Minderjährigem vom Erziehungsberechtigten auszufüllen -

Einverständniserklärung		
Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung erforderlichen Tests durchgeführt werden können.		
Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Ich möchte erst später darüber entscheiden. <input type="checkbox"/>
Für die Beratung wäre u. U wichtig, auch die Beobachtungen des Lehrers/der Lehrerin zu berücksichtigen. Ich möchte es aber nur mit Ihrer Zustimmung tun. Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit Lehrern/innen spreche bzw. Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsdiensten einhole?		
Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Ich möchte erst später darüber entscheiden. <input type="checkbox"/>
Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit dem Lehrer/der Lehrerin bzw. mit Beratungsstellen über die Untersuchungsergebnisse spreche?		
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Ich möchte erst später darüber entscheiden. <input type="checkbox"/>
Bitte senden Sie mir (bis einschließlich Klasse 7) mit dem Anmeldebogen auch die Grundschulzeugnisse der Klassen 1 – 4 (Kopie oder Original) zu.		
Datum: _____		
Unterschrift: _____		

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

Verena Arnhold, Beratungslehrerin

**Informationen zur Datenerhebung sowie –verarbeitung gemäß EU-DSGVO
im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft am OHG**

Im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Frau Arnhold am OHG Ludwigsburg 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 Frau Arnhold darüber informiert wurde, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Beratung erhoben und gespeichert werden.

Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Frau Arnhold 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 am OHG Ludwigsburg

Hiermit bestätige ich (Name, Vorname), dass ich durch die Beratungslehrkraft Frau Arnhold 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 Frau Arnhold folgendem zu:

- der Nutzung der elektronischen E-Mail zu Terminabsprachen:
ja **nein**

- der Kontaktaufnahme und Korrespondenz durch die Beratungslehrkraft Frau Arnhold (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