

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass Frau Blüthner im Rahmen der Beratung mit meinem Kind spricht.

- ja nein

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

- ja nein

Für die Beratung wäre es wichtig, auch die Beobachtungen der Lehrer(innen) zu berücksichtigen. Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit folgenden Personen über Ihr Kind spreche:

	ja	nein
Klassenlehrer(in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulleiter(in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachlehrer(in) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachlehrer(in) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Für die Beratung wäre es ebenfalls wichtig, vorliegende Beobachtungen oder Testergebnisse bereits besuchter Beratungsstellen/Ärzte zu berücksichtigen. Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit folgenden Personen über Ihr Kind spreche:

		ja	nein
Hausarzt	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinderarzt	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facharzt	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ort, Datum

Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten