|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | REGIERUNGSPRÄSIDIUM TÜBINGEN IM STAATLICHEN SCHULAMT BIBERACHErlenweg 2/1 88400 Biberach 07351-5095-194 Fax: 0731-5095 195 |  |
|  |   |  |

SCHÜLER UND SCHÜLERINNEN MIT AUTISMUS SPEKTRUM STÖRUNGEN

AN BERUFLICHEN SCHULEN

MELDEBOGEN ZUR ERSTBERATUNG

für die Autismusbeauftragten

|  |  |
| --- | --- |
| Name:           | Datum:       |
| Vorname:       | Tel.:       |
| Geburtstag:        | E-Mail:       |
| Straße:       | PLZ, Ort:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Schule:       | Klasse/Kursstufe:      | Wiederholte Klasse(n):        |

|  |  |
| --- | --- |
| KlassenlehrerIn:       | FachlehrerInnen der Fächer / Handlungsfelder, in denen Probleme auftreten:      |

|  |
| --- |
| Diagnosestellung (wann, wer, wo? – bitte eine Kopie der Diagnose beilegen):       |

|  |
| --- |
| Behandelnde Ärzte/Ärztinnen; TherapeutInnen; Sonstige:            |

Gibt es eine/n Ansprechpartner /in beim Jugendamt?

[ ] Ja Name:       telefonisch erreichbar unter:

[ ] Nein

|  |
| --- |
| Anlass der Kontaktaufnahme:       |

Um tätig werden zu können benötige ich eine Einwilligungserklärung, bei Minderjährigen von den Erziehungsberechtigten (s. S. 2)

Ich bitte um Rücksendung des ausgefüllten Bogens vor dem Beratungsbesuch.

Nathalie Rester

Autismusbeauftragte für berufliche Schulen

REGIERUNGSPRÄSIDIUM TÜBINGEN

IM STAATLICHEN SCHULAMT BIBERACH

Erlenweg 2/1 88400 Biberach 07351-5095xxx Fax: 0731-5095 195

|  |
| --- |
| Einwilligungserklärung der Sorgeberechtigten |
|  |
| Name des Kindes:       | geb.:        |
| Name d. Erziehungsberechtigten:       |

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Autismusbeauftragten des Staatlichen Schulamtes Biberach Daten, Berichte und Unterlagen über mein/unser Kind zur Verfügung gestellt bekommen.

Mir/uns ist bekannt, dass die Einwilligung vollkommen freiwillig ist und eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass dies Nachteile für mich/uns oder mein/unser Kind mit sich bringt.

Die Einwilligung kann verweigert werden. Dieser Vordruck braucht nicht (unterschrieben) zurückgegeben werden, wenn keine Einwilligung erteilt wird.

Ich/Wir hatte/n Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe/n darauf Antwort erhalten.

**Die Schweigepflichtsentbindung bezieht sich auf folgende Institutionen und Personen:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bisherige Ansprechpartner und Unterlagen: |
| Schule  |       |
| Arzt |       |
| Klinik  |       |
| Therapeuten |       |
| Sozialamt |       |
| Jugendamt  |       |
| Eingliederungshilfe-Fachkraft |       |
| Beratungsstelle |       |
|       |       |

Die Mitarbeiter/innen sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln. Sie unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift, bei Minderjährigen

 d. Erziehungsberechtigten