**Pädagogisch-psychologische Beratungsstelle ………………………..**

**Arbeitsstelle:**

Vor- und Nachname: ................................................................................... geb. ..............................

Wohnort mit Adresse, PLZ: ........................................................................ Tel. Nr. ............................

Schüler der Klasse: ......................, Schule .....................................................in ...................................

**Streng vertraulich**

**Mitteilung an die Eltern**

Sehr geehrte Eltern, volljähriger Klient,

Ihrem Kind wurde in unserer Einrichtung Fachberatung gewährt. Dabei benötigen wir auch Ihre Mitarbeit. Wir fordern Sie dazu auf, folgenden Fragebogen aufmerksam und wahrheitsgemäß auszufüllen. Füllen Sie den Fragebogen in allen Rubriken aus.

Bei vorgegebenen Antworten genügt:

**a) Unterstreichen des passenden Eintrags;**

**b) gegebenenfalls Ankreuzen des Felds bei der richtigen Antwort.**

Wir behandeln Ihre Mitteilung vollkommen vertraulich, sie ist nur für unsere internen Zwecke bestimmt. Der Inhalt wird in Einklang mit der Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates 2016/679 (weiter nur Verordnung) geschützt.

Im Fall, dass eine Untersuchung durchgeführt wird, geht die schulische Beratungsstelle gemäß der Novelle des Schulgesetzes Nr. 82/2015 Slg., in Fassung späterer Vorschriften, gemäß §16, 16a Abs. 3 und 4, 17, 28, 116 und gemäß der Verordnung Nr. 27/2016 Slg., in Fassung späterer Vorschriften, § 11, 12, 13, 14, 15 vor:

Der Bericht und die Empfehlung wird demjenigen übermittelt, dem die Beratung gewährt wurde. Bei Ausgabe des Berichts und der Empfehlung wird der rechtliche Vertreter oder der volljährige Klient über den Inhalt informiert.

**Belehrung der rechtlichen Vertreter/des volljährigen Klienten gemäß Verordnung Nr.. 72/2005 Slg. in Fassung späterer Vorschriften in der Novelle der Verordnung Nr. 197 Slg., in Fassung späterer Vorschriften, Verordnung Nr. 27/2016 Slg. in Fassung späterer Vorschriften:**

1. Auf Grundlage der Zustimmung des rechtlichen Vertreters oder des volljährigen Klienten gewähren die Spezialisten der Beratungsstelle Folgendes: Beratung, Korrektur, methodische und therapeutische Fürsorge, Empfehlung der Zusammenarbeit mit weiteren Fachstellen. Bei Bedarf führen sie auch eine Untersuchung des Kindes oder Schülers zum Zwecke des Festlegens unterstützender Maßnahmen durch einen Psychologen (untersucht z. B. die kognitiven Fähigkeiten, Kenntnisse, Fertigkeiten, Lernstil, Persönlichkeitsbild, Eignung für die zukünftige Berufswahl) und einen Sonderpädagogen (stellt vor allem das Niveau der Lese-, Schreib-, und Rechenfähigkeiten fest).

2. Der zeitliche Rahmen entspricht dem Wesen der erforderlichen Beratung, ungefähr ca. 1-5 Stunden (je nach Beschaffenheit der Beschwerden kann nur eine psychologische oder sonderpädagogische Untersuchung erfolgen, oder beide Maßnahmen).

3. **Ziel ist eine Antwort zu finden, was dazu beitragen könnte, dass die Beschwerden, die der Grund für die Beratung sind, gemindert oder beseitigt werden.** Auf Grundlage der Ergebnisse der Beratung empfehlen die Berater geeignete Schritte zur Korrektur oder entsprechende Fördermaßnahmen.

4**.** Es muss auf das **Risiko** hingewiesen werden, das bei Säumnis oder Nichteinhalten der Empfehlungen bestehen kann. Die gewährte Dienstleistung kann dem Klienten insbesondere dann Nachteile bringen, wenn die Ergebnisse der fachlichen Untersuchung im Widerspruch zu den Erwartungen des Klienten oder seines rechtlichen Vertreters stehen, oder im Fall, dass das Fachpersonal auf glaubwürdige Weise erfährt, dass eine Straftat begangen wurde oder vorbereitet wird (Meldepflicht).

**5. Ein Erfolg der gewährten Beratung** kann nach Aufdeckung von Ursache und Beschaffenheit der Beschwerden und einer darauffolgenden Empfehlung, wie der weitere Bildungsweg oder die Erziehung des Klienten erfolgen kann, erwartet werden. Die Minderung oder Beseitigung der Anzeichen der Beschwerden des Klienten kann auch die Führung durch einen Spezialisten gefördert werden.

6. Bevor die Beratung gewährt wird, unterschreibt der rechtliche Vertreter oder der volljährige Klient eine Einwilligung nach Aufklärung mit der Durchführung der Beratung, die während der Zeit der Beratung gültig ist. Über die gewährten Dienstleistungen wird eine Dokumentation erstellt, und zwar auf eine Weise, dass der Klient keine Einschränkungen seiner Rechte erfährt und vor unberechtigtem Eingriff in seine Privatsphäre geschützt wird.

**7.** Ein Elternteil hat das Recht, jederzeit erneut die Gewährung von Beratung anzufordern, das Recht auf Besprechung gemäß §16 a Abs. 5 Schulgesetz, das Recht, Revision gemäß §16b Schulgesetz anzufordern und das Recht, bei der Tschechischen Schulinspektion einen Antrag gemäß §174 Abs. 5 Schulgesetz zu stellen.

8. Falls das Ergebnis der Beratung eine Diagnostik ist, erarbeitet der Spezialist gemäß Verordnung Nr. 27/2016 Slg., in Fassung späterer Vorschriften, einen Bericht und eine Empfehlung.

9. Informationen zu Kontakten, Zweck und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung und Ihren Rechten im Bereich Datenschutz finden Sie auf der Webseite der Beratungsstelle (http://www.pepor-plzen.cz/).

Die Kategorien verarbeiteter persönlicher Angaben sind auf der Webseite von PPP Pilsen ………… einsehbar.

Falls Sie nicht kommen können, bitten wir um eine rechtzeitige Mitteilung, damit wir einen anderen Interessenten einladen können.

Der Termin einer eventuellen Kontrolluntersuchung wird immer im Bescheid angeführt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ort ……….. . .. 20…

Direktorin von PPP

**Angaben zum Lebenslauf**

**Vater:** Vor- und Nachname: …………………………………………………………………………

Telefon:……………………………… E-Mail:…………………………………………………

**Mutter:** Vor- und Nachname: ……………………………………………………………………….

Telefon:……………………………… E-Mail:…………………………………………………

Treten in der Familie die Beschwerden gesundheitlichen, schulischen oder erzieherischen Charakters auch bei weiteren Mitgliedern auf:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Welche Sprache sprechen Sie zuhause:……………………………………………………………….

Die Familie ist vollständig:  ja - nein Das Kind wird erzogen von:  der Mutter – dem Vater - einer anderen Person....................

Wechselmodell:  ja - nein

Pflegefamilie:  ja - nein

**Stiefelternteil, Pflegeelternteil:**

Vor- und Nachname: ……………………………………… ………………..……………………..

Telefon:……………………………… E-Mail:…………………………………………………

Die Schwangerschaft war: normal – Risikoschwangerschaft? Hatte die Mutter Beschwerden: nein - ja?

Welche Beschwerden hatte die Mutter (Erbrechen, Blutungen, Unwohlsein, Krankheit – welche, in welchem Monat):

…………………………………………………………………………………………………..

Das Kind  wurde ausgetragen –  war eine Frühgeburt –  war eine Spätgeburt – Geburt im………………...………..Monat

Die Geburt verlief  normal –  mit Problemen (welchen)?

………………………………………………………………….

Das Kind nach der Geburt: wurde – wurde nicht wiederbelebt, hatte– hatte keine Neugeborenengelbsucht, hatte – hatte keine gesundheitlichen Beschwerden

(welche)?................................................................................................

Das Kind wurde bis ………….. Wochen gestillt, wurde nicht gestillt.

Bislang traten beim Kind diese Krankheiten auf:

Masern Nesselfieber Mittelohrentzündung

Röteln Angina Kopfverletzung

Windpocken Darmerkrankung Hirnhautentzündung

Mumps Scharlach sonstige

War das Kind ernsthaft krank:  nein -  ja? Um welche Krankheit handelte es sich?………………………

.......................................................................................................................................................

Wurde das Kind hospitalisiert:  nein -  ja? In welchem Alter, wie lange, Grund……………...

…………………………………………………………………………………………………...

Wird das Kind von einem Facharzt behandelt? (z. B. Psychologe, Psychiater, Phoniater, Neurologe, Logopäde u. a.)  ja -  nein

Von Welchem: …………………………………………………………………………………………

Das Kind hat begonnen: zu sitzen mit ……………….Monaten zu sprechen mit …………………Monaten

zu krabbeln mit ..………….……. Monaten in Sätzen zu sprechen mit………………...Monaten

zu gehen mit ..………………Monaten

Es begann, sich körperlich rein zu halten mit ………………………………………………………...

Heute  nässt es in der Nacht ein – am Tag ein – nässt es nicht ein.

**Grobmotorik** (Beweglichkeit, Körperkontrolle und -Haltung, Koordinierung der oberen und unteren Gliedmaßen- z. B. Hüpfen, Radfahren, Schlittschulaufen, Schifahren, Seilspringen, Ballspiele u. ä.):

gewandt-ungewandt worin:………………………………………… ……………

**Feinmotorik** (Motorik der Finger und der Artikulationsorgane- z. B. Bauen mit Klötzen, Artikulationsungewandtheit, Aufziehen von Perlen, Kleben, Umgang mit kleinen Gegenstände)

gewandt-ungewandt worin:……………………………………………………

**Bei Arbeit und Zeichnen bevorzugt es**  die rechte Hand–  die linke Hand-  wechselt beide Hände ab.

In der Familie gibt/gab es Linkshänder:  ja -  nein Wen?......................................................

Beim Kind tritt Folgendes auf:

Kopfschmerzen auffällige Lebhaftigkeit Unordentlichkeit Nervosität

Schlafstörungen Unruhe Angst, Unsicherheit Unfolgsamkeit

Essstörungen Ausbrüche von Boshaftigkeit Kaputtmachen von Sachen Täuschung, Lügen

Sprachstörungen Trotz, Widerrede Aggressivität, Schlägerei Stottern

Ungeschicklichkeit Langsamkeit, wird schnell müde Beschwerden bei der Aussprache von Lauten Ängstlichkeit, Scheu

Ungeschicklichkeit Unkonzentriertheit unkorrekter Satzbau Schulschwänzen

Meidet Kinder ruft Konflikte hervor verwendet falsche Formen stiehlt Sachen

Kaspern Passivität beim Aufbau von Kontakten kleiner Wortschatz Sexualstörung

**Störungen der Sinnesorgane**: Kurzsichtigkeit, Schwerhörigkeit, ..................................................

**Besucht/e den KG:** janein Ab wie viel Jahren…………………………

**Verzögerter Schuleintritt** ja – nein

Im Jahr: ……………………………………………..

**Hat ein Vorbereitungsjahr absolviert:** ja - nein?

Wurde das Kind schon psychologisch oder sonderpädagogisch untersucht?  ja –  nein

Wann und wo? ......................................................................................................................

**II. Grund des Besuchs der Beratungsstelle**

Was ist der Grund des Besuchs:…………………………………………………………………….

Auf wessen Antrag: Eltern- Schule- sonstige (wer)……………………………………………………..

Beschreiben Sie die Probleme des Kinds, Schülers zu Hause:……………………………………

......................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………….......

…………………………………………………………………………………………………...

Beschreiben Sie die Probleme des Kinds, Schülers in der Schule, der schulischen Einrichtung:

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………….......

Beschreiben Sie die Vorzüge des Kindes, worin es gut ist…………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

\*Besucht der Klient im Rahmen der Schule: den Hort  ja -  nein

Freizeitgruppen in der Schule ja-nein

Besucht der Klient eine Freizeitorganisation außerhalb der Schule: Jugendzentrum ja-nein

Künstlerische Grundschule  ja -  nein

\*)Täglich lernt er/sie ungefähr:………………………………………………………………..

\*)Er/sie lernt:  regelmäßig-  unregelmäßig-  nur manchmal-  gar nicht

\*)Verhältnis zum Lernen:  Er/sie lernt selbst, ohne Aufforderungen- braucht gelegentlich Aufsicht- braucht ständige Aufsicht

\*)Lernt er/sie selbst?  ja -  nein Beim Lernen hilft ihm/ihr…………………………………………

\*) Anm.: nicht für Kinder im Kindergarten ausfüllen

**III. Schluss**

Wechselmodell:  ja -  nein

Wenn das Kind abwechselnd bei den Elternteilen lebt, erhält die Nachricht die Mutter – der Vater -  ein anderer rechtlicher Vertreter………..

Ich nehme zur Kenntnis, dass, falls das Ergebnis der Beratung die Empfehlung unterstützender Maßnahmen für Kinder oder Schüler mit besonderen Lernbedürfnissen 1. bis 5. Grades ist, die Empfehlung immer in die Schule oder die schulische Einrichtung geschickt wird.

**Im Fall des unvollständigen Ausfüllens dieses Fragebogens nehme ich zur Kenntnis, dass keine weitere Beratung erfolgen kann, weil durch den Antragsteller nicht die nötige Kooperation zur Erfüllung des Zwecks der Beratung gemäß Verordnung Nr. 72/2005 Slg. in Fassung späterer Novellen, Verordnung Nr. 27/2016 Slg., in Fassung späterer Novellen gewährt wurde.**

In................................... am........................ .................................

Unterschriften

Weitere Mitteilungen: