



Staatliches Schulamt Brandenburg an der Havel | Schulpsychologische Beratungsstelle  
Steinstraße 104-106 | 14480 Potsdam

Schulpsychologische Beratungsstelle

Steinstraße 104-106  
14480 Potsdam

Schulpsychologische Beratungsstelle  
z.Hd. von Frau Hutzel  
Steinstraße 104-106, Haus 6  
14480 Potsdam

Bearb.: Anja Hutzel  
Gesch.-Z.: 3.43  
Telefon: 0331 866-3559  
Fax: 0331 27548 4688  
Internet: [schulaemter.brandenburg.de](http://schulaemter.brandenburg.de)  
Anja.Hutzel@schulaemter.brandenburg.de

**Einverständniserklärung zur testpsychologischen Untersuchung im Rahmen der LRSRV  
- in Zusammenarbeit mit der Sonderpädagogin der Schule Frau Peter -**

Sehr geehrte Eltern,

lt. LRSRV des MBSJ Brandenburg vom 17.08.2017 Abschn. 2; § 3 **entscheidet die Klassenkonferenz** zu Beginn der Sekundarstufe I **auf der Grundlage der bisherigen Befunde, der Lern- und Leistungsanalysen sowie der bisherigen Förderung über die Fortsetzung einer zusätzlichen Förderung**, die weitergeführt werden *kann*, wenn die LRS/R während der Grundschulzeit nicht behoben wurde. Es können der **Nachteilsausgleich** oder auf Antrag der Eltern **Abweichungen von den allgemeinen Maßstäben der Leistungsbewertung** gewährt werden.

**In Vorbereitung der Entscheidung und hinsichtlich einer ggf. notwendig werdenden Untersuchung durch die Schulpsychologie wird um die Zusendung von möglicherweise vorhandenen Vorbefunden an die Schulpsychologie gebeten.**

Name <b>beider</b> sorgeberechtigten Eltern:	
Name und Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum des Kindes:	
Schule des Kindes:	
Klasse:	
Anschrift der Eltern:	
Telefon und Mailadresse:	

Hiermit erklären **WIR** die Einwilligung zur Durchführung einer testpsychologischen Untersuchung im Rahmen der LRSRV.

Datum:..... | Sorgeberechtigte(r):.....  
Sorgeberechtigte(r):.....

**WIR** erteilen unsere Einwilligung, dass Frau Dipl. Psych. A. Hutzel von der Schweigepflicht (im Sinne einer gegenseitigen Schweigepflichtentbindung) gemäß § 203 StGB gegenüber Frau Peter entbunden wird. **WIR** sind einverstanden, dass die Ergebnisse und der schriftliche Befund an die Sonderpädagogin der Schule Frau Peter gesandt werden.

Datum:..... | Sorgeberechtigte(r):.....  
Sorgeberechtigte(r):.....

Mit der elektronischen Datenverarbeitung gem. DSGVO (EU) i.S. des schulpsychologischen Auftrags erklären **WIR** uns einverstanden (Hinweise zum Datenschutzerklärung auf Seite 2).

Datum:..... | Sorgeberechtigte(r):.....  
Sorgeberechtigte(r):.....

**Hinweise und Informationen zur Datenschutzerklärung:**

Ich willige ein, dass die mit diesem Formular erfassten personenbezogenen Daten im Rahmen des schulpsychologischen Auftrags an uns zur Überprüfung der kognitiven Fähigkeiten sowie Lese- und Rechtschreibfertigkeiten im Rahmen der LRSRV gemäß Art. 6 Absatz 1 Buchstabe a) i.V.m. Artikel 7 DSGVO verarbeitet werden. Die Daten werden allein durch die Schulpsychologie für den o.G. Zweck verarbeitet.

Bei Ihrer Kontaktaufnahme mit uns per E-Mail werden die von Ihnen mitgeteilten Daten wie Name, ggf. Vorname und E-Mail von uns gespeichert, um Ihre Fragen zu beantworten. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen. Es erfolgt in diesem Zusammenhang keine Weitergabe der Daten an Dritte.

Ich wurde darüber informiert, dass die Einwilligung für die Zukunft jederzeit widerrufen werden kann. Dabei kann der Widerruf auch nur auf einen Teil der o.g. personenbezogenen Daten bezogen sein. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Soweit die Einwilligung von mir nicht widerrufen wird, gilt sie so lange, wie die personenbezogenen Daten für die Erfüllung des o.g. Zwecks erforderlich sind. Soweit sie nicht mehr erforderlich sind, sind sie zu löschen.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Ich bin darüber informiert worden, dass aus der Nichterteilung oder dem Widerruf der Einwilligung mir keine Nachteile entstehen.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich ein Recht auf Auskunft über meine personenbezogenen Daten, ein Recht auf Berichtigung, auf Löschung oder Einschränkung. Zudem bin ich darüber informiert worden, dass mir ein Beschwerderecht bei der Datenschutzaufsichtsbehörde, der Landesbeauftragten für den Datenschutz und das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg zusteht.