



## Einverständniserklärung

**Fragestellung Lese-/ Rechtschreibschwierigkeiten**  
(Zusammenarbeit Schule und Schulpsychologie nach  
LRSRV vom 01.08.2017)

Bearb.: Dietl-Jensen  
Gesch-Z.: FF 3.62  
Hausruf: 03338 615 84 60  
Fax: 0331 275 484 722  
Internet: [www.schulaemter.brandenburg.de](http://www.schulaemter.brandenburg.de)  
[Angela.Dietl-Jensen@schulaemter.brandenburg.de](mailto:Angela.Dietl-Jensen@schulaemter.brandenburg.de)

Schuljahr 2021/22

Sehr geehrte Familie/Frau/Herr \_\_\_\_\_,

seitens der Lehrer\*innen wurden Ihnen schon die besonderen Schwierigkeiten im Lesen/Rechtschreiben (LRS) bei Ihrem Kind mitgeteilt und vermutlich bekam Ihr Kind in den letzten Jahren den schulischen Nachteilsausgleich. Wenn Sie diesen schulischen Nachteilsausgleich auch noch ab der Klasse 5 und in der weiterführenden Schule (ab Klasse 7) in Anspruch nehmen möchten, dann muss ab der Klasse 5 der schulpsychologische Dienst von der Schule Ihres Kindes hinzugezogen werden (siehe LRSRV vom 1.08.2017 Abschnitt 2 §3 Absatz 2).

Um Ihnen diesen zusätzlichen Aufwand etwas zu erleichtern, findet im 4./5. Schuljahr das Angebot der Leistungstestung in Kleingruppe in der Schule Ihres Kindes durch mich statt. Meine Aufgabe ist es dabei die kognitiven Voraussetzungen Ihres Kindes zu ermitteln. Die Lese- und Rechtschreibleistungen ermitteln die Lehrer\*innen Ihres Kindes.

Wenn Sie die Testung in der Schule wünschen, dann füllen Sie bitte die Testerlaubnis aus und geben diese zeitnah wieder in der Schule Ihres Kindes ab. Der genaue Termin wird Ihnen später mitgeteilt werden.

Sollten bei Ihrem Kind außer der Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten zusätzlich auch Rechenschwierigkeiten bestehen, dann empfehle ich, dass Sie einen Einzeltermin zur Abklärung der kognitiven Voraussetzungen bei mir wahrnehmen.

Sollten Sie schon einen aktuellen Bescheid der vorhandenen LRS durch einen Facharzt oder Kinderpsychotherapeuten haben, dann bitte diesen Bescheid – wenn noch nicht geschehen – in der Schule Ihres Kindes in Kopie abgeben. Diese Bescheide werden meinerseits in der Regel anerkannt.

Bei weiteren Fragen können Sie sich gern an mich wenden.

Mit freundlichen Grüßen

Angela Dietl-Jensen (Schulpsychologierätin)

## Testerlaubnis zur Kleingruppentestung in der Schule

- Ich habe alleiniges Sorgerecht für mein Kind.\*  
 Wir haben geteiltes Sorgerecht für unser Kind.\* In diesem Fall müssen beide sorgeberechtigten Personen den Antrag unterschreiben. \*zutreffendes ankreuzen

Frau \_\_\_\_\_ und Herr \_\_\_\_\_ stimmen hiermit einer Untersuchung  
 Eltern:                      Pflegeeltern:                      Vormund:                      \*zutreffendes unterstreichen

ihres Kindes \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Str. \_\_\_\_\_ Nummer: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

durch die Schulpsychologin zu. Die Testung findet in Kleingruppe in der zuständigen Grundschule statt.

Sollten Sie jedoch eine Einzeltestung in der schulpsychologischen Beratungsstelle wünschen, dann bitte diesen Antrag nicht ausfüllen und sich bei mir unter meinen Kontaktdaten (siehe Vorderseite) für einen Termin anmelden. Auch bei nicht vollständig ausgefülltem Antrag, kann keine Testung aus Datenschutzgründen in der Schule erfolgen.

Bei Rückfragen telefonisch zu erreichen

-privat: Mutter: \_\_\_\_\_ -dienstlich: \_\_\_\_\_  
 Vater: \_\_\_\_\_

Die Stellungnahme soll an folgende Adresse(n) geschickt werden:

\_\_\_\_\_ Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_  
 Ort/Datum                      Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Wir wünschen weiterhin, dass die Schule ebenfalls über die Testergebnisse per Email/pdf-Datei informiert wird.

\_\_\_\_\_ Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_  
 Ort/Datum                      Unterschrift der Erziehungsberechtigten