

Universität Bielefeld | Postfach 10 01 31 | 33501 Bielefeld

Universität Bielefeld

Fakultät für Psychologie u. Sportwiss.
Pädagogisch-Psychologische Beratungsstelle
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld

Raum: T3-280
Tel.: 0521.106-4494
Fax: 0521.106-154494
paed-psych-beratung@uni-bielefeld.de

www.uni-bielefeld.de/
psychologie/ae/AE09/beratungsstelle

Name Sorgeberechtigte Person 1 (Nachname, Vorname): _____

Name Sorgeberechtigte Person 2 (Nachname, Vorname): _____

Anschrift Sorgeberechtigte Person 1: _____

(Wenn abweichend) Anschrift Sorgeberechtigte Person 2: _____

Name und Geburtsdatum des Kindes: _____

Ort und Datum: _____

Erklärung des Einverständnisses

Die oben aufgeführte/n sorgeberechtigte/n Person/en erklären sich hiermit einverstanden, dass das oben genannte Kind in der Pädagogisch-Psychologischen Beratungsstelle vorgestellt und zur Beantwortung der entsprechenden Fragestellung, die durch den/die sorgeberechtigte/n Person/en vorgetragen wurden, testpsychologische Untersuchungen vorgenommen werden. Außerdem erklären sich die oben aufgeführte/n sorgeberechtigte/n Person/en damit einverstanden, dass während der Beratung und der diagnostischen Sitzungen Videoaufzeichnungen von den Beratungs- und Untersuchungsterminen gemacht werden. Diese können im Rahmen der Ausbildung von Praktikant/-innen und zur Supervision der Mitarbeiter/-innen von Personen gesehen werden, die im Rahmen ihrer Tätigkeit innerhalb der Pädagogisch-Psychologischen Beratungsstelle der Schweigepflicht unterliegen. Darüber hinaus erklären sich die oben aufgeführte/n sorgeberechtigte/n Person/en damit einverstanden, dass die teststatistischen Ergebnisse der diagnostischen Untersuchung in anonymisierter Form für Forschungszwecke verwendet werden.

Unterschrift (aller sorgeberechtigter Personen):

(Ort, Datum, Unterschriften aller sorgeberechtigter Personen)