PSYCHOLOGISCHER DIENST BRIXEN

INFORMATION UND EINWILLIGUNG

Schulpsychologische Leistungen für Minderjährige

1. Angaben zur minderjährigen Person

Vor- und Nachname	**Geburtsdatum**
Schule / Klasse	**Wohnort**

2. Angebot

- Das schulpsychologische Angebot umfasst psychologische Beratung / psychologische Diagnostik zu schulbezogenen psychischen, emotionalen, sozialen oder entwicklungsbezogenen Fragestellungen.
- Je nach Fragestellung sind bis zu 8 Kontakte vorgesehen. Das Angebot ist unentgeltlich und keine Psychotherapie.
- Bei weiterführendem Behandlungsbedarf informiert die Schulpsychologin über geeignete öffentliche oder konventionierte Dienste.

3. Freiwilligkeit und Beteiligung

- Die Inanspruchnahme ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.
- Die Schulpsychologin kann die Begleitung fachlich begründet beenden oder eine andere Versorgung empfehlen.

4. Schweigepflicht

- Die Schulpsychologin unterliegt der beruflichen Schweigepflicht gemäß dem geltenden Berufskodex der Psycholog:innen in Italien (Art. 11 ff.).
- Schule, Schulsozialpädagog:in und Lehrpersonen erhalten keinen Zugang zu Gesprächsinhalten, Dokumentation oder Befunden.
- Ein Austausch mit Schulpersonal, Sozialdiensten, sanitären Diensten oder anderen Fachpersonen erfolgt grundsätzlich nur mit einer gesonderten Einwilligung der Erziehungsberechtigten.
- Eine Weitergabe ohne gesonderte Einwilligung erfolgt nur, wenn eine gesetzliche Anzeige- oder Berichtspflicht besteht oder eine zuständige Justizbehörde aufgrund gesetzlicher Bestimmungen Informationen oder Unterlagen anfordert.

5. Datenschutz und Dokumentation

- Verantwortlicher für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist der Südtiroler Sanitätsbetrieb mit Sitz in 39100 Bozen, T.-A.-Edison-Straße 10/D (privacy@sabes.it).
- Die für die Durchführung und Dokumentation der Leistung erforderlichen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten werden im Psychologischen Dienst nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen verarbeitet und geschützt.

6. Kontakt für Fragen

Schulpsychologin	Dr.in Sabine Gasser
Telefon	0472 813100
E-Mail	sabine.gasser@sabes.it

7. Einwilligung der Erziehungsberechtigten

Einwilligungserklärung

Üben beide Eltern die elterliche Verantwortung aus, ist die Zustimmung beider erforderlich. Jede erziehungsberechtigte Person füllt den eigenen Abschnitt aus und unterschreibt ihn.

Ich habe die Informationen auf Seite 1 gelesen und verstanden. Mit meiner Zustimmung und Unterschrift willige ich ein, dass mein Kind die dort beschriebenen schulpsychologischen Leistungen des Psychologischen Dienstes Brixen in Anspruch nimmt.

Erziehungsberechtigte Person 1

Vor- und Nachname	**Telefon**
E-Mail	**Datum**
☐ Ich stimme zu. ☐ Ich stimme nicht zu.	**Unterschrift**

Erziehungsberechtigte Person 2

Vor- und Nachname	**Telefon**
E-Mail	**Datum**
☐ Ich stimme zu. ☐ Ich stimme nicht zu.	**Unterschrift**

Gesetzliche Vertretung / Vormundschaft, falls zutreffend

Vor- und Nachname	**Telefon**
E-Mail	**Datum**
☐ Ich stimme zu. ☐ Ich stimme nicht zu.	**Unterschrift**

Alleinige elterliche Verantwortung

☐ Ich erkläre, dass mir die alleinige elterliche Verantwortung für das oben genannte Kind rechtlich zugesprochen wurde.

Unterschrift: _____

Datum: _____