

## Erweiterung des Verfahrens zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf

Schulanfängerin/Schulanfänger/Schülerin/Schüler		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

Angaben zum MSD	
Name der Förderschule:	
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:
Diagnostiklehrkraft:	

Angaben zum bereits laufenden Verfahren	
Fristsetzung:	
Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf im Förderschwerpunkt/in den Förderschwerpunkten:	
<input type="checkbox"/> in Verbindung mit gutachterlich bestätigter Autismus-Spektrum-Störung	

Angaben zur Erweiterung des Verfahrens	
Während der Diagnostik ergaben sich Anhaltspunkte für sonderpädagogischen Förderbedarf in einem anderen/ weiteren Förderschwerpunkt:	
<input type="checkbox"/> in Verbindung mit gutachterlich bestätigter Autismus-Spektrum-Störung	
Die Eltern wurden am _____ über die erforderliche Erweiterung des Verfahrens zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf informiert.	
Die weiterführende Diagnostik	
<input type="checkbox"/> wird vom mit der Durchführung des Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs beauftragten MSD durchgeführt.	
<input type="checkbox"/> erfordert die Einbeziehung eines weiteren MSD.	
<input type="checkbox"/> wird im Falle einer zweiten Erweiterung vom mit der Erweiterung des Verfahrens beauftragten MSD durchgeführt.	
Die bisherigen Ergebnisse der Diagnostik und relevante Unterlagen werden an den mit der Durchführung des Verfahrens zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf beauftragten MSD weitergeleitet.	

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift MSD

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift  
Schulleiterin/Schulleiter  
Förderschule

**Anmerkungen der Eltern**

Ich/Wir wurde(n) über die Erweiterung des Verfahrens zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf informiert.

Ich/Wir willige(n) in die Verarbeitung der von mir/uns im Verfahrensantrag (Formblatt V1 freiwillig zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten gemäß Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a DSGVO durch den mit der Durchführung des Verfahrens zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf beauftragten MSD ein.

Die Einwilligungen gelten ab dem Datum der Unterschrift. Die Einwilligungen sind freiwillig und können jederzeit, auch einzeln, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Eine Kopie dieser Einwilligung wurde mir/uns ausgehändigt. Ich/Wir habe(n) zudem das Formblatt „Informationen zum Datenschutz“ erhalten und zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern