

## **Informationen zur Leistungsdiagnostik**

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Leistungsdiagnostik in unserer Praxis. Die Untersuchung dient der Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit Ihres Kindes und kann Hinweise auf individuelle Stärken, Förderbedarfe oder Lernvoraussetzungen geben. Die Testung ersetzt keine schulische Bewertung, kann jedoch eine hilfreiche Grundlage für pädagogische oder therapeutische Entscheidungen sein.

## **Ablauf der Untersuchung**

Die Diagnostik erfolgt altersgerecht und wird von qualifiziertem Fachpersonal durchgeführt. In der Regel umfasst der Termin ein kurzes Vorgespräch mit den Sorgeberechtigten, die Durchführung standardisierter Testverfahren mit dem Kind sowie eine anschließende Auswertung. Die Testung selbst dauert – je nach Alter und Konzentration – meist zwischen 60 und 90 Minuten. Im Anschluss erfolgt entweder direkt oder in einem separaten Termin eine Besprechung der Ergebnisse. Bitte achten Sie darauf, dass Ihr Kind am Testtag ausreichend geschlafen hat und möglichst entspannt zum Termin erscheint. Eine normale Mahlzeit vor der Untersuchung ist empfehlenswert.

## **Terminvereinbarung und Absage**

Die Terminvergabe erfolgt verbindlich nach Anmeldung. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um eine Absage spätestens 24 Stunden vorher. Bei kurzfristigeren Absagen oder Nichterscheinen behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr zu berechnen.

## **Rechnungsstellung**

Die Leistungsdiagnostik ist eine Selbstzahlerleistung und wird privat in Rechnung gestellt. Die Bezahlung erfolgt gemäß der jeweils vereinbarten Leistung und kann je nach Praxisorganisation vor Ort oder per Rechnung erfolgen.

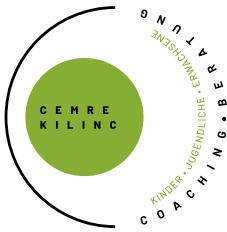
## **Datenschutz**

Ihre persönlichen Daten sowie alle im Rahmen der Untersuchung erhobenen Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt und ausschließlich zum Zweck der Durchführung und Auswertung der Leistungsdiagnostik verwendet. Die Verarbeitung erfolgt gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung oder auf gesetzlicher Grundlage.

## **Hinweise zur Teilnahme**

Bitte informieren Sie uns vor der Untersuchung über bekannte Vorerkrankungen, aktuelle Beschwerden oder eingenommene Medikamente. Bei akuten Erkrankungen (z. B. Fieber, Infekt) sollte der Termin verschoben werden.

Mit Ihrer Anmeldung bestätigen Sie, dass Sie die oben genannten Informationen gelesen und verstanden haben.



## Anmeldebogen – Leistungsdiagnostik

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus. Die Angaben dienen ausschließlich der Vorbereitung der diagnostischen Untersuchung und werden vertraulich behandelt.

### 1. Stammdaten des Kindes / Jugendlichen

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_

Schule / Kindergarten: \_\_\_\_\_

Klassenstufe: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_ Weitere Sprachen: \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zu den Sorgeberechtigten

Name Sorgeberechtigte/r 1: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Name Sorgeberechtigte/r 2: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Sorgerecht:  gemeinsam  allein

### 3. Anlass der Leistungsdiagnostik

Warum wünschen Sie eine Leistungsdiagnostik? (Mehrfachnennung möglich)

Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten

Schulische Leistungsprobleme

Konzentrationsprobleme

Verdacht auf Lernstörung

Hochbegabung vermutet

Schulberatung / Schulwechsel

Empfehlung von Schule / Arzt

Anderer Grund: \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Anliegen:

---

---

---



#### 4. Schulische Situation

Lieblingsfächer: \_\_\_\_\_

Schwierige Fächer: \_\_\_\_\_

Wurde eine Klasse wiederholt?  ja  nein

Gibt es Nachhilfe?  ja  nein

Gab es Rückmeldungen der Schule zu Lern- oder Konzentrationsproblemen?

\_\_\_\_\_

#### 5. Entwicklung und Gesundheit (Kurzangaben)

Gab es besondere Entwicklungen oder Diagnosen? (z. B. Entwicklungsverzögerung, ADHS, Lernstörung)

nein

ja: \_\_\_\_\_

Bestehen aktuell gesundheitliche Einschränkungen oder werden Medikamente eingenommen?

\_\_\_\_\_

#### 6. Frühere Untersuchungen

Wurde bereits eine Leistungsdiagnostik durchgeführt?

nein

ja – wann und wo: \_\_\_\_\_

#### 7. Organisatorische Angaben

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung  Schule  Arzt / Therapeut  Internet  anderes: \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger (falls abweichend):

\_\_\_\_\_

#### 8. Datenschutz und Einwilligung

Ich willige ein, dass die von mir angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Durchführung der Leistungsdiagnostik sowie zur Terminorganisation in der Praxis gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht ohne meine Zustimmung an Dritte weitergegeben, sofern keine gesetzliche Verpflichtung besteht.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Sorgeberechtigte/r: \_\_\_\_\_