Nächster Termin	Bestätigung

Abschluss der Behandlung bestätigt

AMBULANZKARTE

(Name Schüler*in)

(Schule)

(Stempel der Beratungseinrichtung)

Diese Ambulanzkarte ist der Schulleitung – Schulärzt*in – Schulpsycholog*in regelmäßig vorzulegen:

(Zeitabstände eintragen, nicht Zutreffendes streichen)

1. Schulärztliche / schulpsychologische Untersuchung

Wir ersuchen, unsere*n Schüler*in zu begutachten und untenstehende Fragen aus schulärztlicher / schulpsychologischer Sicht zu beantworten.

1.1 Besteht bei der*dem Schüler*in eine Problemlage gem. SMG? ja / nein

1.2 Besteht Behandlungsbedarf und müssen Maßnahmen gem. § 11 SMG ergriffen werden? ja / nein

1.3 Welche gesundheitsbezogenen Maßnahmen können Sie empfehlen?

1.4 Wer kann diese Maßnahmen durchführen?

(Datum) (Unterschrift)

2. Begutachtung durch die Beratungseinrichtung

Wir ersuchen, unsere*n Schüler*in nach Überprüfung der Identität zu begutachten und unsere untenstehenden Fragen zu beantworten.

2.1 Besteht bei der*dem Schüler*in eine Problemlage gem. SMG? ja / nein

2.2 Besteht Behandlungsbedarf und müssen Maßnahmen gem. § 11 SMG ergriffen werden? ja / nein

2.3 Welche gesundheitsbezogenen Maßnahmen können Sie empfehlen?

2.4 Kann diese Maßnahme in Ihrer Beratungseinrichtung erfolgen? ja / nein

(Datum) (Unterschrift)

Nächster Termin	Bestätigung