

Liebe*r Besucher*In der Beratungsstelle,

wir bitten Sie freundlich diesen Selbstauskunftsbogen ausgefüllt mit zum Erstgespräch zu bringen.
Sie erleichtern uns damit die Arbeit, und wir haben im Gespräch mehr Zeit für Sie.

All ihre Daten werden vertraulich behandelt und sind nur für statistische Zwecke vorgesehen.
Selbstverständlich haben Sie weiterhin das Recht sich auch anonym von uns beraten zu lassen.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Mühe!

Das Team der PBS – Lüneburg

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Straße, Wohnort: _____

Telefon: _____

Mail (gerne auch Privatmail): _____

Student*In an der Leuphana ☐ FH Ostfalia ☐ andere Hochschule ☐

Studienfach: _____

Angestrebter Abschluss: BA ☐ MA ☐ Promotion ☐ Anderes ☐

Fachsemester: _____

Studiensemester bisher: _____

Wie sind Sie auf uns gekommen? _____

Hinweisblatt zum Datenschutz in den Psychotherapeutischen Beratungsstelle des Studentenwerks

In unseren Psychotherapeutischen Beratungsstellen haben Schweigepflicht und Datenschutz eine extrem hohe Wichtigkeit. Für Ihre Beratung benötigen wir einige persönliche Daten. Mit diesen sog. personenbezogenen Daten gehen wir besonders verantwortungsvoll um. Nach der EU-Datenschutz Grundverordnung sind wir verpflichtet, Sie über den Zweck der Datenerhebung, die Speicherung und die Weiterleitung Ihrer Daten zu informieren.

1 Verantwortlicher

Verantwortlicher für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten ist das

Studentenwerk OstNiedersachsen
Katharinenstr. 1
38106 Braunschweig
Tel.: (0531) 23045-00
E-Mail: info@stw-on.de

2 Datenschutzbeauftragter

Sollten Sie Fragen oder Bedenken zum Datenschutz haben, so wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten:

Mirko Pidde
Katharinenstr. 1
38106 Braunschweig
Tel.: (0531) 23045-674
E-Mail: datenschutz@stw-on.de

3 Zweck der Verarbeitung

Wir verwenden die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten zum Zweck der psychotherapeutischen Beratung.

4 Grundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten

Sie haben uns die Einwilligung zur Erhebung der Daten für den oben angegebenen Zweck erteilt.

5 Speicherdauer

Ihre personenbezogenen Daten werden für die Dauer Ihrer Beratung bei der Psychotherapeutischen Beratungsstelle und darüber hinaus 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung /Beratung aufbewahrt (Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen §9 Abs. 3).

6 Ihre Rechte als von der Datenverarbeitung Betroffene

Sie haben gegenüber dem Studentenwerk OstNiedersachsen das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten. Außerdem haben Sie das Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung dieser Daten. Weiterhin können Sie der Verarbeitung der Daten widersprechen und haben ein Recht auf Übertragbarkeit der Daten.

Sollten Sie uns die Daten auf Grundlage einer Einwilligung (siehe Punkt 4) zur Verfügung gestellt haben, können Sie diese Einwilligung jederzeit widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

7 Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde

Sie haben das Recht auf Beschwerde bei der Landesbeauftragten für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover, E-Mail: poststelle@ldf.niedersachsen.de

8 Verarbeitung von Daten für einen anderen Zweck

Sollte das Studentenwerk OstNiedersachsen beabsichtigen, Ihre Daten für einen anderen Zweck als unter Punkt 3 angegeben weiterzuverarbeiten, stellt es Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.

| | |
|---|--------------------------------|
| Codenr. : _____ (wird von uns ausgefüllt) | _____ Datum |
| _____ Vorname | _____ Name |
| _____ Straße und Hausnummer | _____ Postleitzahl und Wohnort |
| _____ E-Mailadresse | _____ Telefonnummer |

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine Daten von der Psychotherapeutischen Beratungsstelle zum oben beschriebenen Zweck erhoben und verarbeitet werden dürfen. Die Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

(Unterschrift)

Codenummer: _____

Schweigepflichtentbindung innerhalb der Beratungsstellen des Studentenwerks

Hiermit entbinde ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

die beteiligten Mitarbeiter*innen der psychotherapeutischen Beratungsstellen sowie der Sozialberatung des Studentenwerks OstNiedersachsen, wechselseitig von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht und erkläre mich hiermit damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden (ausgenommene Personen bitte unten auf diesem Schreiben vermerken).

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.

(Ort, Datum, Unterschrift)

Ausgenommen von dieser Regelung ist/sind folgende Person/en:
