

Codenummer: \_\_\_\_\_

## **Schweigepflichtentbindung innerhalb der Psychotherapeutischen Beratungsstelle**

Hiermit entbinde ich,

Name: \_\_\_\_\_

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

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

die beteiligten Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter der psychotherapeutischen Beratungsstelle  
des Studentenwerks OstNiedersachsen in Lüneburg,

- Karina Bostelmann
- Jantje Lamschus
- Lisa Rasul
- Henner Janssen

wechselseitig von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht und erkläre mich hiermit damit  
einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden (ausgenommene  
Personen bitte streichen).

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 )

Stand Juni 2020

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:** \_\_\_\_\_

---

**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 Psychologischen/Psychotherapeutischen Beratungsstellen des Studentenwerks**

In unseren Psychologischen/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 Zweck der Verarbeitung**

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

### **2 Grundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten**

Wir benötigen die Daten, um die uns übertragene Aufgabe der psychotherapeutischen Beratung auszuführen (berechtigtes Interesse nach Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO).

### **3 Speicherdauer**

Ihre personenbezogenen Daten werden für die Dauer von 10 Jahren gespeichert. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt die Löschung der Daten, insofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten dem entgegenstehen.

### **4 Ihre Rechte als von der Datenverarbeitung Betroffene\*r**

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.

### **5 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@lfd.niedersachsen.de](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de)

### **6 Verantwortlicher**

Verantwortlicher für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten ist das Studentenwerk OstNiedersachsen, Katharinenstr. 1, 38106 Braunschweig, (0531) 391-4807, [info@stw-on.de](mailto:info@stw-on.de)

### **7 Datenschutzbeauftragter**

Sollten Sie Fragen oder Bedenken zum Datenschutz haben, so wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutz-beauftragten: Mirko Pidde, Katharinenstr. 1, 38106 Braunschweig, (0531) 391-4974, [datschutz@stw-on.de](mailto:datschutz@stw-on.de)

### **8 Verarbeitung von Daten für einen anderen Zweck**

Sollte das Studentenwerk OstNiedersachsen beabsichtigen, Ihre Daten für einen anderen Zweck als unter Punkt 1 angegeben weiterzuverarbeiten, stellt es Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.

### **Maßnahmen zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung einer Infektion (Covid-19): Weiterleitung von Kontaktdaten an das Gesundheitsamt**

Sollte bei Ihnen oder bei Ihrer\* Ihrem Berater\*in oder bei einer nahestehenden Kontaktperson innerhalb von 14 Tagen nach einem Beratungsgespräch eine Covid-19 Infektion diagnostiziert werden, muss das Gesundheitsamt die Infektionsketten nachvollziehen können. In diesem Fall werden wir Ihre Kontaktdaten (Name, Mailadresse, Telefonnummer) an das Gesundheitsamt weiterleiten. Dies dient Ihrer Gesundheit und der Ihrer Mitmenschen. Dabei müssen wir keine Angaben über die Art des Kontaktes machen. Entscheidend sind Person, Dauer des Kontaktes, mit oder ohne Mund-Nasenschutz und der Abstand. Wir werden Hinweis auf die Beratungsstelle vermeiden.

Codenr. : \_\_\_\_\_ (wird von uns ausgefüllt) Datum: \_\_\_\_\_

Vorname

Name

Mailadresse

Telefonnummer

Hiermit erkläre ich, dass ich die Hinweise zum Datenschutz in der Psychologischen/Psychotherapeutischen Beratungsstelle zur Kenntnis genommen habe.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Weiterleitung meiner Kontaktdaten (Name, Mailadresse, Telefonnummer) an das Gesundheitsamt für den Fall, dass bei meiner Beraterin oder meinem Berater im Anschluss an einen persönlichen Beratungstermin eine Covid-19 Infektion diagnostiziert werden sollte.

Außerdem versichere ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Information über meine(n) Gesprächskontakt(e) mit meiner Beraterin oder meinem Berater an das zuständige Gesundheitsamt weiterleiten werde für den Fall, dass bei mir im Anschluss bzw. innerhalb von 2 Wochen nach einem persönlichen Gesprächstermin eine Covid-19 Infektion diagnostiziert werden sollte.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

### **Maßnahmen zur Vorbeugung einer Infektion mit dem Covid-19-Virus**

#### **So tragen Sie zum Schutz vor einer Infektion bei:**

- Bitte waschen oder desinfizieren Sie unmittelbar vor oder nach Betreten unserer Räumlichkeiten und ggf. dem Ablegen Ihrer Garderobe Ihre Hände.
- Bitte achten Sie auf einen Mindestabstand von 1,5 Metern zu allen anderen Personen innerhalb der Beratungsstelle.
- Wenn Sie niesen müssen, tun Sie dies bitte in ein Taschentuch oder notfalls in Ihre Armbeuge

#### **Das tun wir zusätzlich zu Ihrem Schutz:**

- Die Räume sind ausreichend groß und werden regelmäßig gelüftet.
- Die Termine werden so gelegt, dass Begegnungen im Wartebereich möglichst vermieden werden.
- Wenn Sie es wünschen, tragen wir eine Mund-Nase-Maske.

### **Voraussetzung für das Betreten unserer Beratungsräume**

Wir wollen sicherstellen, dass Sie die oben genannten Hygieneregeln ernst nehmen und unsere Räume nicht betreten, wenn dies ein Risiko für die Mitarbeiter\*innen des Studentenwerks oder andere Klient\*innen bedeutet. Daher bitten wir Sie, vor dem Erstgespräch mit Ihrer Unterschrift um folgende Bestätigung:

Ich versichere, dass ich derzeit nicht an Covid19-typischen Krankheitssymptomen (v. a. Fieber, Husten und Atemnot, Geschmacks- und Geruchsstörungen) leide. Außerdem versichere ich, dass ich keinen Kontakt zu einer an Covid-19 erkrankten Person habe und dass ich nicht unter Quarantäne gestellt bin. Sollte sich das in dem Zeitraum, in dem ich Termine in der Beratungsstelle wahrnehme, ändern, werde ich die Beratungsstelle umgehend informieren. Es besteht dann die Möglichkeit, die entsprechenden Termine zu verschieben, abzusagen oder in Form einer Telefon- oder Videoberatung wahrzunehmen.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)