



**STUDIERENDENWERK
STUTT GART**

Psychotherapeutische Beratung

Vor- und Nachname:

Adresse:

.....

Telefon:

Staatsangehörigkeit:

Geburtsdatum:

Hochschule:

Studienfach:

Aktuelles Studienziel: Bachelor Master Staatsexamen Diplom Promotion

Derzeitiges Fachsemester: Hochschulsemester insgesamt bis jetzt:

Ihre Anmeldung und die Beratung werden streng vertraulich behandelt. Wir Psycholog*innen unterliegen der Schweigepflicht.

- Ich willige in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Beratung ein. Die Einwilligung bezieht sich auch auf besondere Kategorien von Daten, beispielsweise von Gesundheitsdaten. Meine Einwilligung kann ich jederzeit – mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen.

Das Merkblatt „Datenschutzinformation“ habe ich erhalten.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Hinweis: Dieses Dokument bitte händisch unterschreiben und eingescannt in unseren Downloadbereich hochladen oder per Post schicken!