

## **Beratungszentrum Campus Westend – Informationen zum Datenschutz**

Über persönliche Themen mit anderen Menschen zu reden, fällt oft nicht leicht. Jemandem etwas Persönliches mitzuteilen erfordert nicht nur Vertrauen, sondern auch die Sicherheit, dass mit diesen Informationen sorgfältig umgegangen wird. Daher ist es uns wichtig, Sie über die Verwendung Ihrer Daten zu informieren.

### **Schweigepflicht**

Alle MitarbeiterInnen des Beratungszentrums stehen unter Schweigepflicht. Ohne Ihr schriftliches Einverständnis erhält niemand Informationen über Ihre Anwesenheit in der Beratungsstelle oder die Inhalte der Gespräche. Die Schweigepflicht gilt z.B. gegenüber Ihren Angehörigen, Ihrer Partnerin/Ihrem Partner, Ihren FreundInnen, HochschulmitarbeiterInnen, ÄrztInnen oder TherapeutInnen.

Mit einer gesonderten schriftlichen Einwilligung können Sie uns gegenüber bestimmten Personen von der Schweigepflicht entbinden, z.B. wenn Sie eine Bescheinigung über Ihren Besuch vor Ort an Ihrer Hochschule vorlegen möchten, oder wenn ein Gespräch zwischen behandelnden ÄrztInnen und unseren BeraterInnen sinnvoll erscheint.

**Unter folgenden Bedingungen müssen wir uns über die Schweigepflicht hinwegsetzen und Informationen an Dritte weitergeben:**

- Es besteht eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung, die sich nicht durch andere Maßnahmen abwenden lässt.
- Sollte gegen Sie ein Gerichtsverfahren laufen und wir in den Zeugenstand verpflichtet werden, müssen wir aussagen, da PsychologInnen und BeraterInnen vor Gericht kein Zeugnisverweigerungsrecht haben.

### **Dokumentation von Informationen**

Wir protokollieren wichtige Inhalte des Beratungsgesprächs schriftlich und bewahren diese Protokolle zehn Jahre lang auf. Papierdokumente zu Ihrer Person werden unter Verschluss aufbewahrt, nur MitarbeiterInnen der Beratungsstelle haben Zugriff auf diese Unterlagen. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist werden die Unterlagen vernichtet.

Der von Ihnen ausgefüllte Fragebogen hilft uns, einen Einblick in Ihre Situation zu bekommen und dient vor allem diagnostischen Zwecken. In anonymisierter Form verwenden wir die Fragebogendaten für statistische Auswertungen, um z.B. festzustellen, aus welchem Grund Studierende unsere Beratung aufsuchen und welche zahlenmäßigen Veränderungen hierbei auffallen.

### **Teamsitzung und Supervision**

In regelmäßigen Abständen tauschen wir uns als Team hinsichtlich unserer Beratungskontakte aus und versuchen, gemeinsam die beste Lösung für die Studierenden zu finden. Ebenso nehmen wir regelmäßig Supervision in Anspruch, um eine Perspektive von außen einzubeziehen und unser Handeln professionell zu reflektieren. Die SupervisorInnen sind genau wie unser Team aus beruflichen Gründen zur Verschwiegenheit verpflichtet.

### **Informationen gemäß Datenschutz-Grundverordnung**

Gemäß Datenschutz-Grundverordnung informieren wir Sie in unserer Datenschutzerklärung über die Verarbeitung personenbezogener Daten beim Studentenwerk Frankfurt am Main und über Ihre Rechte als betroffene Person. Die Erklärung finden Sie unter: [www.studentenwerkfrankfurt.de/datenschutz](http://www.studentenwerkfrankfurt.de/datenschutz)

Auf Wunsch händigen wir sie Ihnen auch gerne aus.

**Obige Informationen habe ich zur Kenntnis genommen. Mit der Verarbeitung meiner Daten und der Weitergabe im oben beschriebenen Fall bin ich einverstanden.**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

## Psychosozialberatung

Theodor-W.-Adorno-Platz 5, Campus Westend  
Hörsaalzentrum, EG  
Telefon: 069 798-34905 / -34922

Code: \_\_\_\_\_

Liebe Ratsuchende, lieber Ratsuchende,

Sie haben sich mit Ihren Problemen und Fragen an die Psychosozialberatung des Studentenwerks Frankfurt am Main gewandt, um die Unterstützung von Fachkräften in Anspruch zu nehmen. In dem Bemühen, Ihnen zu helfen, benötigen wir Ihre aktive und engagierte Mitarbeit sowie einen Vertrauensvorschuss.

Eine kompetente psychologische Einschätzung Ihrer Problematik sowie der Beratungs- bzw. Behandlungsmöglichkeiten gelingen uns eher, wenn Sie uns Informationen über sich als Person und ihre Schwierigkeiten zur Verfügung stellen. Wir bitten Sie daher, die vorliegenden Fragebögen in jedem Fall vollständig auszufüllen. Natürlich werden Ihre Angaben vollkommen vertraulich behandelt.

Fragen Sie uns, sofern Sie jetzt oder später beim Ausfüllen der Fragebögen noch Fragen haben sollten.

### Allgemeine Angaben

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Hochschule: \_\_\_\_\_

Studienfach: \_\_\_\_\_

Fachsemester: \_\_\_\_\_

Hochschulsemester: \_\_\_\_\_

angestrebter Studienabschluss: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf die Psychosozialberatung aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Bitte überlegen Sie, an welchen der hier aufgeführten Probleme Sie **gegenwärtig leiden oder in der letzten Zeit (bis ca. 1 Jahr zurückliegend)** gelitten haben. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das der Intensität der Beeinträchtigung entspricht. **Bitte lassen Sie keine Frage aus, auch wenn Ihnen die Beantwortung schwierig erscheint.**

	gar nicht					sehr stark
1. Partnerschaftsprobleme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Konflikte mit den Eltern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Krankheit oder Tod nahestehender Personen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Eigene körperliche Krankheiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Wohnprobleme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Finanzielle Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Starke Belastung durch Kind	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Prüfungsangst	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Kontaktschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. mangelndes Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Angst, Unruhe, die ich nicht erklären kann	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Schwer beherrschbare Aggressionen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Zwangsvorstellungen, -handlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. sexuelle Probleme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. psychosomatische Beschwerden (körperliche Beschwerden als Reaktion auf Belastungssituationen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Probleme mit Alkohol und anderen Drogen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. extreme psychische Leiden (schwere psychiatrische Erkrankung)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. andere Probleme/Beschwerden:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5