



**STUDIERENDENWERK  
STUTT GART**

**Psychologische 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