

Eingangsfragebogen des ZfP Bonn

Sie interessieren sich für eine Behandlung an unserer **psychotherapeutischen Ambulanz** in Bonn. Um Ihrem Anliegen fachgerecht entsprechen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Anmeldebogen auszufüllen und uns danach zukommen zu lassen.

Teil 1. Allgemeine Angaben zur Person

Datum: _____

1. Name, Vorname:	9. Anschrift
2. Geburtsdatum:	10. Kontaktmöglichkeiten: Tel. privat: Tel. dienstl.: Tel. mobil:
3. Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> andere:	
4. Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Partnerschaft <input type="checkbox"/> andere:	11. Krankenkasse: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat Name und Anschrift der Krankenkasse:
5. Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie viele?	Versichertennummer:
6. Schulabschluss:	12. Hausarzt Name und Anschrift des Hausarztes
7. Erlernter Beruf:	
8. Derzeitige Tätigkeit	Telefon:

13. Mein Therapeut/ meine Therapeutin sollte...

männlich sein weiblich sein Geschlecht ist egal

14. Psychotherapie bedeutet regelmäßig i.d.R. einmal wöchentlich einen Termin von 50 Minuten Dauer wahrzunehmen. Bitte geben Sie an, an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten es Ihnen möglich ist, Termine bei uns wahrzunehmen.

Wochentag	Vormittags	Nachmittags
Montag	von bis	von bis
Dienstag	von bis	von bis
Mittwoch	von bis	von bis
Donnerstag	von bis	von bis
Freitag	von bis	von bis

Sollten Sie Schichtdienst haben, dann geben Sie bitte an, zu welchen Zeiten Sie bei dem jeweiligen Dienst Termine wahrnehmen können.

Teil 2. Angaben zur Problematik

15. Bitte beschreiben Sie in eigenen Worten ihre **Hauptprobleme**, wegen derer Sie eine Behandlung bei uns wünschen:

16. Bestehen bei Ihnen **körperliche Erkrankungen**? Wenn ja, welche und seit wann?

17. Nehmen Sie aktuell irgendwelche **Medikamente** ein (sowohl verordnete als auch nicht verordnete) oder haben Sie in der Vergangenheit irgendwelche Medikamente wegen psychischer Beschwerden eingenommen?

Name des Medikaments	Dosierung	Wann und wie lange?	hilfreich?	Nebenwirkungen?	Warum abgesetzt?

18. Waren Sie wegen Ihrer jetzigen oder wegen früherer psychischer Probleme in **stationärer oder ambulanter Behandlung**?

Zeitraum	Name	Setting	gestellte Diagnose	was war hilfreich?
		<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		
		<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		
		<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		
		<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		

19. Waren Sie wegen Ihrer jetzigen oder wegen früherer psychischer Probleme bereits am Zentrum für Psychotherapie Bonn in **ambulanter Behandlung**? ja nein

Teil 3. Angaben zu verschiedenen Problembereichen

20. Kam es jemals vor, dass Sie ganz plötzlich einen Ansturm **intensiver Angst, Furcht oder Schrecken** verspürten mit zeitgleich **sehr unangenehmen körperlichen Symptomen** wie z. B. Herzrasen, Schwindel Kurzatmigkeit, Schwitzen oder Atemnot? ja nein
Wenn ja, wann war dies zuletzt der Fall: _____
21. Entstehen diese Gefühle manchmal „wie aus heiterem Himmel“ ohne erkennbaren Grund und nicht in Situationen, in denen Sie erwartet haben, dass sie auftreten? ja nein
22. Gibt es Situationen oder Tätigkeiten, die Sie **vermeiden**, weil Sie fürchten, dass dabei ein solcher Angstanfall auftreten könnte (z.B. Auto fahren, Kaufhäuser, Menschenmengen, enge Räume, Brücken usw.)?
 ja nein Wenn ja, welche Situationen, Tätigkeiten?
-
23. Fühlen Sie sich in **sozialen Situationen** (z.B. Verabredungen, mit Autoritätspersonen sprechen, Partys) oder Leistungssituationen (Prüfungen, Sprechen vor mehreren Menschen) in denen Sie von anderen beobachtet werden könnten ängstlich, nervös oder sehr aufgereggt? ja nein
Wenn ja, in welchen Situationen?
-
24. Machen Sie sich ausgeprägte Sorgen darüber, dass Sie etwas tun oder sagen könnten, das Ihnen **peinlich** sein könnte, oder dass andere schlecht von Ihnen denken könnten? ja nein
Wenn ja, in welchen Situationen?
-
25. Waren Sie in den letzten Monaten an der Mehrzahl der Tage sehr **besorgt, angespannt oder nervös** bezüglich verschiedener Dinge oder Alltagsangelegenheiten wie z. B. die eigene Sicherheit, die Unversehrtheit Ihrer Familie, Ihr Beruf, Ihre Finanzen oder ähnliches? ja nein
Wenn ja, welche Sorgen/Dinge?
-
26. Ist es **schwierig diese Sorgen zu beenden**, bzw. drängen sich diese auf, wenn Sie sich auf etwas konzentrieren wollen? ja nein
27. Haben Sie häufig **Angst, sich selbst zu übergeben** (unabhängig davon, ob alleine oder in der Anwesenheit anderer) oder dies bei anderen miterleben zu müssen? ja nein
28. Gibt es noch andere **spezifische Ängste** haben, wie z.B. in einem Flugzeug zu sitzen, Blut zu sehen, sich in geschlossenen Räumen aufzuhalten, vor bestimmten Tieren oder Höhen? ja nein
Wenn ja: Welche?
-
29. Haben Sie jemals unter **Gedanken** gelitten, die Ihnen -zumindest anfänglich- **lästig oder unsinnig** erschienen und immer wieder kamen auch wenn Sie es gar nicht wollten? Z.B. die Vorstellung sich zu beschmutzen, oder zu infizieren, jemandem Gewalt anzutun, oder ein andauerndes Grübeln darüber etwas Schlimmes könne passieren? ja nein
Wenn ja: Beschreiben Sie die Gedanken bitte:
-
30. Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie **bestimmte Dinge immer und immer wieder tun müssen**, wie z.B. sich immer wieder die Hände zu waschen oder etwas mehrmals zu kontrollieren, um sicherzugehen, dass Sie es richtig gemacht haben? ja nein
Wenn ja: Beschreiben Sie die Handlungen bitte:
-
31. Sind Ihnen schon einmal **extrem schreckliche Dinge** zugestoßen, wie z.B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden (Katastrophe, Unfall, Überfall, Folter, Opfer von Gewalt) oder haben Sie zusehen müssen, wie eine andere Person getötet oder schwer verletzt wurde, oder ist etwas derartiges einer Ihnen nahestehenden Person passiert? ja nein
32. Wenn ja, **durchleben** Sie den Schrecken dieser Ereignisse in Alpträumen, Vorstellungen oder Gedanken, die Sie nicht loswerden können immer wieder aufs Neue oder geraten Sie durcheinander, wenn Sie etwas an diese Ereignisse erinnert? ja nein

33. Gab es jemals eine Zeit, in der Sie **nahezu jeden Tag niedergeschlagen und bedrückt** waren oder **kein Interesse**, bzw. **keine Freude** mehr an Dingen hatten, die Ihnen sonst viel bedeutet haben? ja nein
34. Wenn ja: Kreuzen Sie bitte im Folgenden an, welche der aufgeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihnen auftraten:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> deutlicher Gewichtsverlust o. Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle |
| <input type="checkbox"/> verminderter oder gesteigerter Appetit | <input type="checkbox"/> Konzentrationsverlust |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf | <input type="checkbox"/> Entscheidungsunfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Gedanken an den Tod |
| <input type="checkbox"/> Verlangsamung der Bewegungen / des Sprechens | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit Energieverlust | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch |
| <input type="checkbox"/> Gefühl der Wertlosigkeit | |
35. Hielt eine solch **gedrückte Stimmungslage** schon mal **zwei Wochen oder länger** an? ja nein
Wenn ja, wann und wie lange?
36. Leiden Sie auch gegenwärtig unter dieser **niedergeschlagenen, bedrückten Stimmung**? ja nein
Wenn ja, seit wann? _____ ja nein
37. Gab es jemals eine Zeit, in der Sie sich so **übermäßig gut fühlten**, dass andere dachten, es sei etwas nicht in Ordnung? Oder waren Sie so **überschäumender Stimmung**, dass Sie dadurch in Schwierigkeiten gerieten? ja nein
38. Bestehen Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen)? ja nein
Wenn ja, welcher Art?
39. Gab es Zeiten, in denen Sie über mindestens sechs Monate hinweg immer wieder **Schmerzen** hatten? ja nein
40. Wenn ja, bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen.
-
41. Haben Sie sich schon einmal absichtlich **selbstverletzt**? ja nein
Wenn ja, a) Wie?..... b) Wie oft?.....
a) Wann haben die Selbstverletzungen begonnen?.....
b) Wann haben Sie ggf. aufgehört?
42. Haben Sie schon einmal einen **Selbstmordversuch** unternommen? ja nein
Wenn ja, wann?
43. Gab es jemals eine Zeit in der Sie **weniger wogen**, als Sie nach Meinung anderer wiegen sollten oder in der Sie stark abgenommen haben? ja nein
Wie viel wogen Sie da? ____ kg Wie groß sind Sie? ____ cm Wie viel wiegen Sie aktuell? ____ kg
44. Hatten Sie jemals **Essanfälle**, bei denen Sie in kurzer Zeit sehr viel aßen und das Gefühl hatten, Ihr Essverhalten nicht mehr kontrollieren zu können? ja nein
45. Wenn ja, führten Sie nach solchen Essanfällen Maßnahmen wie **Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Diäten oder Fasten** durch, damit Sie durch Ihr Essen nicht zunehmen? ja nein
46. Wenn, ja welche Maßnahmen:
-
47. Bemühen Sie sich Ihr **Körpergewicht unter einer bestimmten Grenze** zu halten? ja nein
48. Wenn ja, wo liegt diese Grenze? ____ kg
49. Was tun Sie um nicht zuzunehmen?
-
50. Fällt es Ihnen manchmal schwer, **Alltagsaktivitäten zu planen und zu organisieren** bzw. Dinge zu Ende zu bringen oder einem Gespräch zu folgen, weil Sie so **schnell abgelenkt** werden? ja nein
51. Bestehen diese Schwierigkeiten schon seit Ihrer Kindheit? ja nein
Wenn ja, seit dem wievielten Lebensjahr: _____

52. Haben Sie **Schwierigkeiten/Probleme in der sozialen Kontaktgestaltung** (z. B. Schwierigkeiten beim Verständnis und bei der Umsetzung sozialer Regeln, Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen, man gelnder Wunsch nach sozialem Kontakt?) ja nein
Wenn ja: Welche?
-
53. Haben Sie **spezielle Interessen**, die sehr zeitintensiv sind? (z. B. Computerspiele) ja nein
Wenn ja: Welche?
-
54. Gibt es **Rituale und Routinen**, die Sie täglich befolgen müssen? Wie gehen Sie mit Veränderungen dieser alltäglichen Rituale und Routinen um? ja nein
-
55. Leiden Sie unter einer oder mehreren der folgenden **sexuellen Probleme**?
 fehlende oder zu geringe Erregung Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
 Erektionsprobleme Orgasmusstörungen
 frühzeitiger Samenerguss Sonstiges: _____
56. An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie normalerweise **Alkohol**? _____
57. Wie viel Alkohol (und welche Sorte) trinken Sie an einem Tag an dem Sie Alkohol trinken?
-
58. Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie mehr Alkohol getrunken haben als Sie nach der Meinung anderer Leute trinken sollten? ja nein
59. Wenn ja, wie viel Alkohol haben sie da getrunken?
-
60. Haben Sie jemals **Medikamente (Schmerz-, Abführ-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel)** in großen Mengen genommen oder häufiger bzw. höher dosiert eingenommen, als von Ihrem Arzt verschrieben oder im Beipackzettel empfohlen? ja nein
Wenn ja, um welche Medikamente handelt es sich?
-
61. Haben Sie auch während des letzten Monats Medikamente genommen, die auf Seite 2 nicht genannt worden? ja nein Wenn ja, welche?
-
62. Haben Sie jemals irgendwelche **Drogen** genommen? ja nein
Wenn ja, welche? wann, über welchen Zeitraum?
-
63. Haben Sie Probleme damit, dass Sie **ein Verhalten übermäßig (suchthaft) zeigen** und Ihnen oder/und Ihrer Umgebung dadurch Leid entsteht? ja nein
Wenn ja, kreuzen Sie bitte das zutreffende Verhalten an: Internetgebrauch Computerspielen
 Geldausgeben Fernsehen Glücksspiel sexuelle Aktivität Sonstiges: _____
64. Erleben Sie häufig Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, mit Ihren Gefühlen oder Ihrem Selbstbild? ja nein
65. Zeigen Sie impulsives Verhalten (wie z.B. rücksichtloses Fahren, selbstverletzende Handlungen, Essanfälle)? ja nein
66. Erleben Sie häufig auftretende Episoden von äußerst unangenehmer innerer Anspannung, ohne dass Sie diese immer Angst, Wut oder Schuld zuordnen können? ja nein
67. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig? ja nein
Wenn ja: seit wann?
68. Beziehen Sie Rente? ja nein Wenn ja: seit wann?
69. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? ja nein
70. Planen Sie in der nächsten Zeit einen Rentenantrag zu stellen? ja nein
71. Haben Sie einen Reha-Antrag gestellt? ja nein Wenn ja: wann?
72. Wurde diese Reha genehmigt? ja nein
73. Befindet sich eine Ihnen nahestehende und/oder für Sie wichtige Person momentan oder in absehbarer Zeit hier in der Praxis? ja nein

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Vereinbarungen zu Psychotherapien am Zentrum für Psychotherapie Bonn

Die an unserem „Zentrum für Psychotherapie“ in Bonn durchgeführten Psychotherapien finden unter Supervision statt. Supervision ist eine Form der kollegialen Beratung, d.h. unsere Therapeuten treffen sich in kleinen Gruppen mit einem besonders erfahrenen Kollegen und besprechen die Behandlungsverläufe ihrer Patienten. Die Supervision ist ein wichtiger Baustein der Qualitätssicherung von Psychotherapie in unserem Haus. Das Ziel der Supervision ist die Optimierung Ihrer Behandlung. Für die Supervision können alle psychotherapeutischen Sitzungen auf Video oder Tonband aufgenommen werden. Diese Aufnahmen dienen der Vorbereitung und der Supervision der Therapie. Bei der Supervision unterliegen alle Beteiligten der Schweigepflicht.

Ebenso der Qualitätssicherung dient eine gründliche Diagnostik, die z.T. mittels Fragebögen erfolgt. Die Daten der Fragebögen werden anonymisiert gespeichert und ggf. zu Forschungszwecken verwendet. Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben werden Ihre Unterlagen, wie in Arztpraxen auch, über zehn Jahre archiviert und nach Ablauf dieser Frist vollständig vernichtet.

Die psychotherapeutischen Sitzungen dauern 50 Minuten und finden in der Regel einmal wöchentlich statt. Die mit Ihnen abgesprochenen Termine werden für Sie verbindlich reserviert. Wartezeiten in überfüllten Wartezimmern kommen bei uns nicht vor. Um dies auch weiterhin aufrechterhalten zu können, verpflichten Sie sich, die fest vereinbarten Behandlungstermine pünktlich wahrzunehmen und im Verhinderungsfalle rechtzeitig, d.h. 48 Werktagstunden vor dem vereinbarten Termin, abzusagen bzw. absagen zu lassen (Brief, Fax, E-Mail; Telefon auch Anrufbeantworter). Bei nicht rechtzeitiger Absage wird Ihnen, da wir den Termin kurzfristig nicht neu besetzen können, ein Bereitstellungshonorar in Höhe von 40,00 Euro berechnet, welches ausschließlich vom Patienten selbst zu tragen ist und nicht von dem Versicherungsträger erstattet wird.

Ich habe die Vereinbarungen zu Psychotherapien am *Zentrum für Psychotherapie* der RHAP B+E in Bonn gelesen, erkläre mich mit der Video- oder Tonaufzeichnung zum Zwecke der Supervision und der Ausfallhonorarregelung einverstanden und bitte um die Aufnahme auf die Warteliste des Zentrums für Psychotherapie.

Außerdem habe ich die Patienteninformation zum Datenschutz, die diesen Vereinbarungen angehängt ist, zur Kenntnis genommen. Die angehängte „Patienteninformation zum Datenschutz“ können Sie für Ihre Unterlagen behalten.

Name (Bitte in DRUCKBUCHSTABEN) _____

Datum _____ Unterschrift _____

Vielen Dank! Bitte schauen Sie noch einmal nach, ob Sie alle Fragen beantwortet haben und vergessen Sie Ihre Unterschrift nicht. Bitte senden Sie den Fragebogen postalisch zurück an:

Zentrum für Psychotherapie (ZfP) Bonn
DGVT-Ausbildungszentrum
Psychotherapeutische Ambulanz
Oxfordstr. 12-16
53111 Bonn

Patienteninformation zum Datenschutz

Mit den folgenden Hinweisen möchten wir Sie allgemein über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns informieren. Zusätzlich erhalten Sie einen Überblick über Ihre Rechte aus den Datenschutzgesetzen.

1. Verantwortliche Stelle

Zentrum für Psychotherapie Bonn (Kontaktdaten siehe unten)

2. Zweck der Verarbeitung und Rechtsgrundlagen

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Psychotherapeuten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen (Erfragung der Vorgesichte der Symptomatik), Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte oder Psychotherapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind oder waren, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wenn Ihre Behandlung durch einen unseren Psychotherapeuten zum Zweck der Ausbildung erfolgt, ist es möglich, dass aus Ihren personenbezogenen Daten Fallbeschreibungen erstellt werden. Hierzu werden Ihre Daten pseudonymisiert.

Zudem haben Sie die Möglichkeit, zur Optimierung der Behandlung und für die gesetzlich erforderliche Supervision an Videoaufzeichnungen teil zu nehmen. Hierfür erbitten wir als Rechtsgrundlage Ihre Einwilligung. Die Einwilligung ist freiwillig und Sie können sie jederzeit widerrufen; ein Nachteil entsteht Ihnen dadurch nicht.

Die personenbezogenen Daten können in anonymisierter Form auch zur Wahrung der Qualitätsstandards und zu wissenschaftlichen Forschungszwecken und Studien verarbeitet werden. Rechtsgrundlage hierfür ist Artikel 9 Abs. 2 lit. i DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c Bundesdatenschutzgesetz.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger, beispielsweise an Supervisoren oder Gutachter.

Wir haben spezialisierte Dienstleister beauftragt, uns zu unterstützen, dazu zählen beispielsweise Softwareanbieter, Systemadministratoren und Rechenzentrumsbetreiber. Diese haben, nur soweit für die Erbringung der Dienstleistungen unbedingt erforderlich, Zugriff auf personenbezogene Daten.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre falls dauerhafte Dokumentation sinnvoll erscheint.

Videoaufzeichnungen werden unverzüglich nach Abschluss der Ausbildung unter Supervision gelöscht.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

6. Unsere Kontaktdaten:

RHAP Beratungs- und Entwicklungs-GmbH
Zentrum für Psychotherapie
Oxfordstr. 12-16 | 53111 Bonn
Tel. 0228 / 433 646-0

7. Unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie

per Post unter vorstehender Anschrift, „zu Händen des Datenschutzbeauftragten“