



**Zentrum für  
Psychotherapie  
Stuttgart**

SZVT - Zentrum für Psychotherapie  
Psychotherapeutische Ambulanz | Christophstr. 8 | 70178 Stuttgart

**Psychotherapeutische  
Ambulanz  
für Erwachsene,  
Kinder und Jugendliche**

Christophstr. 8  
70178 Stuttgart  
Tel.: 07 11 / 96 696-61  
Fax: 07 11 / 96 696-66  
E-Mail: [ambulanz@szvt.de](mailto:ambulanz@szvt.de)  
Internet: [www.szvt.de](http://www.szvt.de)

Institutsleitung  
Dr. phil. Wolfgang-F. Schneider  
Stellv. Institutsleitung  
Dipl.-Psych. Tina Betschinger  
Ambulanzleitung  
Dipl.-Psych. Cornelia Seitz

**Eingangsfragebogen für Erwachsene**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an einem Therapieplatz! Um sich bei uns anzumelden, füllen Sie bitte den angehängten Fragebogen aus. Er enthält eine Reihe von Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation und zu den Problem-bereichen, die Sie veranlassen haben, sich an uns zu wenden. Diese Informationen helfen uns einzuschätzen, ob wir Ihnen ein für Sie passendes Therapieangebot machen können. Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der Schweigepflicht und werden von uns streng vertraulich behandelt.

Aufgrund der sehr hohen Nachfrage führen wir KEINE Warteliste mehr. Wartezeiten von bis zu einem Jahr, die sich beim Führen einer Warteliste ergeben würden, sind nicht sinnvoll, so dass frei werdende Therapieplätze in unserer Ambulanz zeitnah an nachfragende Patienten vergeben werden.

**Wenn Sie also nach sechs bis acht Wochen nichts von uns gehört haben, haben wir derzeit keine freien Kapazitäten und können Ihnen leider keinen Therapieplatz anbieten.**

In diesem Fall empfehlen wir Ihnen, sich bei Ihrer zuständigen Krankenkasse oder bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (<http://www.arztsuche-bw.de>) zu erkundigen, welche weiteren Therapeuten für Sie in Frage kämen. Sie haben auch die Möglichkeit, sich über das Patiententelefon Medcall der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, erreichbar unter 0711/78753966, bei der Suche unterstützen zu lassen.

Zum Zwecke des Datenschutzes wird nach Ablauf der 8 Wochen Ihr eingesendeter Fragebogen vernichtet.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Cornelia Seitz  
Leiterin der Ambulanz

Trägerin des SZVT: RHAP Beratungs- und Entwicklungs-GmbH  
mit Sitz in Kleve  
Eingetragenes Amtsgericht Kleve  
HRB 8516

USt-Id-Nr.: DE814812734

Geschäftsführer: Dr. phil. Wolfgang-F. Schneider  
Dr. med. Norbert Weißig

Geschäftskonto SZVT: Volksbank Kleverland eG

Kto.-Nr. 20 981 040 [ IBAN DE46 3246 0422 0020 9810 40 ]  
BLZ 324 604 22 [ BIC GENODED1.KLL ]

Geschäftsstelle:  
Nassauerallee 75  
47533 Kleve  
Telefon: 02821 – 895 98 80  
Fax: 02821 – 895 99 02  
E-Mail: [info@rhap.de](mailto:info@rhap.de)

**Angaben zu Ihrer Person**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ /Ort: \_\_\_\_\_

**Die Vereinbarung einer Sprechstunde kann ausschließlich telefonisch erfolgen:**

Telefon unter folgender/n Nummer/n: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt  geschieden  verwitwet  in Beziehung lebend

Kinder:  ja  nein Wenn ja, wie viele und wie alt? \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Name Ihrer Krankenkasse: \_\_\_\_\_  gesetzlich / Ersatzkasse  privat

Geben Sie bitte Name, Ort und Telefonnummer Ihres Hausarztes an:

Name, Ort \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Sind Sie in psychiatrischer/neurologischer Behandlung? Wenn ja, geben Sie bitte Name, Ort und Telefonnummer Ihres Psychiaters/Neurologen an:

Name, Ort \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Mein Therapeut sollte:

- männlich sein
- weiblich sein
- das Geschlecht ist mir nicht so wichtig

Die Therapietermine in unserem Haus finden regelmäßig i.d.R. einmal wöchentlich zu einem **festen Termin** von 50 Minuten Dauer (**immer am gleichen Wochentag zur gleichen Uhrzeit**) statt. Bitte geben Sie hier an, an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten es Ihnen zuverlässig möglich ist, den Termin 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

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

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

Nehmen Sie aktuell irgendwelche Medikamente wegen psychischer Beschwerden ein (sowohl verordnete als auch nicht verordnete)?

Medikament	Dosierung	Seit wann?
------------	-----------	------------

---

---

---

Haben Sie in der Vergangenheit irgendwelche Medikamente wegen psychischer Beschwerden eingenommen?

Medikament	Dosierung	Wann?
------------	-----------	-------

---

---

---

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

Wo (Name)?	Von wann bis wann?
------------	--------------------

<hr/>	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
<hr/>	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
<hr/>	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
<hr/>	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant

Ist aktuell eine (teil-)stationäre Behandlung in einer Klinik geplant oder beantragt?

Wenn ja, wo? 

---

Von wann bis wann voraussichtlich? 

---

Kam es jemals vor, dass Sie ganz plötzlich einen Ansturm intensiver Angst, Furcht oder Schrecken verspürten?  ja  nein

Wenn ja, wann war dies zuletzt der Fall? \_\_\_\_\_

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

Gibt es Situationen oder Tätigkeiten wie z.B. Kaufhäuser, Schlange stehen, Auto fahren, Menschenmengen oder enge geschlossene Räume, in denen Sie Angst haben oder die sie vermeiden?  ja  nein

Wenn ja, welche Situationen, Tätigkeiten? \_\_\_\_\_

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 aufgeregt?

Wenn ja, in welchen Situationen? \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

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

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

Waren Sie in den letzten Monaten an der Mehrzahl der Tage sehr besorgt, angespannt oder nervös bezüglich verschiedener Dinge oder Alltagsangelegenheiten?  ja  nein

Wenn ja, welche Sorgen/Dinge? \_\_\_\_\_

Ist es schwierig diese Sorgen zu beenden, so dass sie sich aufdrängen, wenn Sie sich auf etwas konzentrieren wollen?  ja  nein

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? Beispielsweise 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: \_\_\_\_\_

Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie bestimmte Dinge immer und immer wieder tun mussten, 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: \_\_\_\_\_

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

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 oder 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"/> Selbsttötungsgedanken              |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit/Energieverlust                        | <input type="checkbox"/> Selbsttötungsversuch               |
| <input type="checkbox"/> Gefühl der Wertlosigkeit                        |   |

Leiden Sie auch gegenwärtig unter dieser niedergeschlagenen, bedrückten Stimmung?

ja  nein

Gab es jemals eine Zeit, in der Sie sich so gut oder übermäßig fühlten, dass andere dachten, es sei etwas nicht in Ordnung? Oder waren Sie so überschäumender Stimmung, dass Sie dadurch in Schwierigkeiten gerieten?

ja  nein

Leiden Sie unter Problemen im sexuellen Bereich

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

Wenn ja, führten Sie nach solchen Essanfällen Maßnahmen wie Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Diäten oder Fasten durch, um durch Ihr Essen nicht zuzunehmen?

ja  nein

Wenn ja welche Maßnahmen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bemühen Sie sich Ihr Körpergewicht unter einer bestimmten Grenze zu halten?  ja  nein

Wenn ja, wo liegt diese Grenze? \_\_\_\_\_kg

Was tun Sie um nicht zuzunehmen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie normalerweise Alkohol? \_\_\_\_\_

Wie viel Alkohol (und welche Sorte) trinken Sie an einem Tag an dem Sie Alkohol trinken? \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, wie viel Alkohol haben Sie zu dieser Zeit getrunken?

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? \_\_\_\_\_

Haben Sie auch während des letzten Monats Medikamente genommen, die auf Seite 2 nicht genannt wurden?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie jemals irgendwelche Drogen genommen?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Wann?

Über welchen Zeitraum?

Befanden Sie sich jemals in Ihrem Leben in ambulanter oder (teil)stationärer Behandlung wegen übermäßigem Konsums von Alkohol, Drogen oder Medikamenten?  ja  nein

Wenn ja: Geben Sie bitte alle diesbezüglichen Behandlungen an und wie lange Sie danach abstinent geblieben sind.

Wo?

Von wann bis wann?

Abstinenzdauer?

\_\_\_\_\_

(teil)stationär  ambulant

\_\_\_\_\_

(teil)stationär  ambulant

\_\_\_\_\_

(teil)stationär  ambulant

\_\_\_\_\_

(teil)stationär  ambulant

Erleben Sie häufig Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, mit Ihren Gefühlen oder Ihrem Selbstbild?  ja  nein

Zeigen Sie impulsives Verhalten (wie z.B. rücksichtsloses Fahren, selbstverletzende Handlungen, Essanfälle)?  ja  nein

Erleben Sie häufig auftretende Episoden von äußerst unangenehmer innerer Anspannung, ohne dass Sie diese immer Angst, Wut oder Schuld zuordnen können?  ja  nein

Kam es schon einmal vor, dass Sie einem anderen Menschen gegenüber gewalttätig wurden oder sich nur schwer davon abhalten konnten, gewalttätig zu werden?  ja  nein

Datum: \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

### **Allgemeine Informationen zu Psychotherapien am *Zentrum für Psychotherapie Stuttgart***

Das psychotherapeutische Angebot richtet sich an Erwachsene, Jugendliche und Kinder, die unter psychischen Problemen und Störungen leiden. Wir behandeln alle psychischen Störungen von Krankheitswert, für die es wissenschaftlich entwickelte Therapieansätze der modernen Verhaltenstherapie gibt. Unsere Behandlungsmethoden richten wir stets am neuesten Stand der Psychotherapieforschung aus. Erprobte Behandlungsangebote werden systematisch verbessert und neue Behandlungsmöglichkeiten entwickelt.

Die Behandlungskosten werden bei gegebener Indikation von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Unsere Ambulanz ist nach dem Psychotherapeutengesetz zum Zwecke der Ausbildung, Lehre und Forschung ermächtigt. Unsere Therapeutinnen und Therapeuten befinden sich nach dem Abschluss ihres Studiums in einer postgradualen Ausbildung. Alle Therapeuten haben bereits therapeutische Berufserfahrung im stationären und ambulanten Bereich. Die Behandlungen finden unter engmaschiger Supervision (Fachanleitung) durch anerkannte Supervisoren statt, so dass jederzeit eine hohe Behandlungsqualität garantiert ist. Die Supervision ist ein wichtiger Baustein der Qualitätssicherung von Psychotherapie in unserem Haus. Das Ziel der Supervision ist die Optimierung Ihrer Therapie.

Für die Supervision werden alle psychotherapeutischen Sitzungen auf Video aufgenommen. Diese Aufnahmen dienen der Vorbereitung und Supervision der Psychotherapiesitzungen. Alle an der Supervision Beteiligten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Auf den folgenden Seiten 8-9 finden Sie unsere ausführliche Patienteninformation zum Datenschutz. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch.**

Ich habe die „Patienteninformation zum Datenschutz – Behandlung von Erwachsenen“ des SZVT Zentrum für Psychotherapie Stuttgart (Stand: 07.06.2018) erhalten und gelesen.

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

**Sämtliche Angaben werden von uns vertraulich behandelt!** Sie stellen die Grundlage für unsere Vorbereitung und die Einladung zu einem Erstgespräch dar, in dem wir mit Ihnen den Therapiebedarf und die formalen Rahmenbedingungen zur Aufnahme einer Therapie eingehend besprechen.

***Vielen Dank für die umfassende Auskunft und Ihre Mitarbeit!***

Bitte senden Sie den Fragebogen zurück an:

RHAP Beratungs- und Entwicklungs-GmbH  
**SZVT - Zentrum für Psychotherapie Stuttgart**  
Psychotherapeutische Ambulanz für Kinder- und Jugendliche  
Christophstr. 8  
70178 Stuttgart

# **Patienteninformation zum Datenschutz – Behandlung von Erwachsenen (Stand: 07.06.2018)**

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**

RHAP Beratungs- und Entwicklungs- GmbH

SZVT Zentrum für Psychotherapie Stuttgart (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, Diagnosen, Therapievorschlüsse 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, 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 Paragraph 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 eine/n unserer Psychotherapeut/in zum Zweck der Ausbildung erfolgt, werden aus Ihren personenbezogenen Daten anonymisierte Fallbeschreibungen erstellt. Zudem haben Sie die Möglichkeit, zur Optimierung der Behandlung und für die gesetzlich erforderliche Supervision an Audio-/ 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 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 Paragraph 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 berechnigte 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

SZVT Zentrum für Psychotherapie Stuttgart

Christophstr. 8

70178 Stuttgart

Tel: 0711-9669663

Unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per E-Mail ([datenschutz@szvt.de](mailto:datenschutz@szvt.de)) oder per Post unter vorstehender Anschrift, „zu Händen des Datenschutzbeauftragten“.