



## Anmeldung zur Bibliotheksbenutzung - Studierende der HS Gesundheit

(Bitte leserlich ausfüllen)

Anrede / Titel:

Matrikelnummer:

Nachname, Vorname:

E-Mail (HS Gesundheit vorrangig)\*:

### Meldeanschrift

Straße, Hausnr.:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

### Abweichende Anschrift

Straße, Hausnr.:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

\*Weiterbildungsteilnehmer\*innen verwenden bitte Ihre private E-Mailadresse.

### Anerkennung der Benutzungsordnung

Grundlage des Benutzungsverhältnisses ist die Benutzungsordnung der Hochschulbibliothek der Hochschule für Gesundheit in der jeweils gültigen Fassung. Bei Benutzung der Bibliothek wird diese automatisch anerkannt. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass der Studierenden- und Bibliotheksausweis sowie meine elektronischen Authentifizierungsdaten (Login, Passwörter) nicht weitergegeben werden dürfen und ich für missbräuchliche Nutzung hafte. Einen Verlust des Ausweises, sowie eine Adressänderung werde ich der Bibliothek sofort mitteilen. Ich informiere die Bibliothek ebenfalls, wenn ich nicht mehr Studierende/Studierender der HS Gesundheit bin - das Benutzungsverhältnis endet mit der Exmatrikulation - oder das Benutzungsverhältnis beenden will. Ggf. kann ich in Absprache mit der Bibliothek die Benutzung über einen anderen Nutzerstatus, zum Beispiel als Alumna, Alumnus fortsetzen. Dieses ist neu zu beantragen.

### Für unsere Statistik, bitte ankreuzen:

#### Statistik 1

- Gasthörer\*innen
- Studierende
- Weiterbildungsteilnehmer\*innen

#### Statistik 2

- BA Clinical Research Management (CRM)
- BA Ergotherapie
- BA Evidenzbasierung pflegerischen Handelns (EpH)
- BA Gesundheit und Diversity (GuD)
- BA Gesundheit und Sozialraum (GuS)
- BA Gesundheitsdaten und Digitalisierung (GuDi)
- BA Hebammenwissenschaft
- BA Hebammenkunde Nachqualifizierend
- BA Logopädie
- BA Pflege
- BA Physiotherapie
- MA Angewandte Gesundheitswissenschaften (AGW)
- MA Bildung im Gesundheitswesen Fachrichtung Pflege
- MA Evidence-based Health Care (EbHC)
- MA Gesundheit und Diversity in der Arbeit - Teilzeit (GunDA)
- MA Gesundheit und Diversity in der Arbeit - Vollzeit (GunDA)
- MA Physiotherapiewissenschaft

**Bitte beachten Sie auch die Angaben auf der Rückseite dieses Formulars.**





### **Informationen zum Datenschutz; Einwilligung**

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die oben angegebenen Daten für die zweckgemäße Verwendung im Ausleihsystem gespeichert und verarbeitet, sowie für die Benachrichtigungen an mich, auch über meine angegebene E-Mailadresse, verwendet werden. Die Daten werden außerdem im Falle eines Verwaltungs- oder Vollstreckungsverfahrens auch an die Verwaltung der Hochschule und ggf. die Vollstreckungsbehörde übermittelt. Ich bin außerdem damit einverstanden, dass im Ausleihsystem auch Protokoll Daten, z. B. Zugriffe auf das Benutzerkonto, Setzen von Vormerkungen etc., verarbeitet werden.

Außerdem stimme ich der Verarbeitung der Daten im Auftrag der Hochschulbibliothek durch den Anbieter (Hosting) der Bibliothekssoftware sowie der Software zur Stapel- und Selbstverbuchung im Rahmen des für Ausleihe, Nutzung elektronischer Ressourcen und Fernleihe notwendigen Maßes zu. Verfahrensverzeichnisse zu den eingesetzten Systemen können von mir jederzeit bei den Datenschutzbeauftragten der Hochschule eingesehen werden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung nach § 4 Abs. 1 Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen - DSGVO NRW) verweigern und sie jederzeit widerrufen kann.

Bochum, den

Unterschrift:

---

### **Interner Vermerk**

Bearbeitet am

Bearbeiter\*in:

---

(Stempel)