



Antrag auf Spielersperre (Selbstsperre) an die Brandenburgische Spielbanken GmbH und Co. KG

Name/Geburtsname*: Vorname/n*:

Anschrift*:
.....

Geburtsdatum*: Geburtsort*:

* Pflichtfelder

Gesetzliche Gründe für die Sperre (Mehrfachnennungen sind möglich, Angaben sind freiwillig)

Spielsuchtgefährdung

Überschuldung

finanzielle Verpflichtungen werden
nicht eingehalten

Spieleinsätze werden riskiert, die in keinem
Verhältnis zu Einkommen oder Vermögen stehen

Sonstiges/Bemerkungen:

.....
.
.....
.

Mitteilung über die Eintragung der Sperre (Bitte eine Option wählen.)

<input type="checkbox"/>	Postalische Zusendung an meine oben genannte Adresse	
<input type="checkbox"/>	Postalische Zusendung an die neben stehende Adresse	Alternative Adresse:
<input type="checkbox"/>	Persönliche Abholung in der Zentrale der Brandenburgische Spielbanken GmbH & Co. KG / Spielbank	Meine Tel.-Nr. für Terminabstimmung (Pflichtangabe):

Ich wünsche Informationen zur Spielsuchtberatung:

ja

nein

Von der Spielbank auszufüllen

Prüfung der persönlichen Angaben (Identität) mittels

Pass/Personalausweis ausländischer Ausweis Postident

andere Papiere:

Bei Prüfung der persönlichen Angaben in Spielbank-Zentrale / Spielbank Von der <u>Spielbank-Zentrale / Spielbank</u> auszufüllen:		
Die vom Kunden eingetragenen persönlichen Daten stimmen mit dem vorgelegten Dokument überein.		
Name, Vorname des Mitarbeiters	Stempel	Ort und Datum

Hinweis zum Datenschutz:

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Geburtsort) und Weiterleitung an das zentrale Sperrsystem im Land Hessen, vertreten durch das Regierungspräsidium Darmstadt, erfolgt zur Durchführung der Spielersperre auf der Grundlage von §§ 8, 23 GlüStV / Art.6 Abs. 1 Buchstabe c EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Die Datenschutzzininformationen nach Art 13 EU-DSGVO entnehmen Sie bitte der beigefügten Anlage.

Mir sind die ausführlichen Datenschutzhinweise zum Antrag auf Spielersperre (Selbstsperre) nach Art 13 EU-DSGVO zur Kenntnis übergeben worden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Ich habe die umseitig abgedruckten Informationen zur Spielersperre (Selbstsperre auf eigenen Antrag) gelesen, die Bedingungen zur Kenntnis genommen und beantrage hiermit eine Selbstsperre.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bearbeitungsvermerke (von der Zentral/ Spielbank auszufüllen)

Eintragung in das Sperrsystem:

Erladigung der Mitteilung der eingerichteten Spielersperre:

Prüfung IR:

Informationen zur Spielersperre (Selbstsperre auf eigenen Antrag)

- **Ein eingehender Antrag auf Selbstsperre verpflichtet den Glücksspielanbieter, unverzüglich eine Spielersperre für den Antragsteller in dem zentral vom Land Hessen, vertreten durch das Regierungspräsidium Darmstadt, Wilhelminenstraße 1–3, 64283 Darmstadt, gemäß § 23 GlüStV geführten Sperrsystem einzurichten.**
- Der Antrag auf Selbstsperre ist persönlich bei einem Glücksspielanbieter zu stellen, d. h. an der Rezeption einer Spielbank abzugeben oder per Postident-Verfahren zu schicken. Bitte Ausweispapiere zur Prüfung der persönlichen Angaben mitbringen.
- **Während der Dauer der Spielersperre dürfen gesperrte Personen nicht an Sportwetten und an Lotterien mit besonderem Gefährdungspotenzial sowie am Spielbetrieb der deutschen Spielbanken teilnehmen (§§ 21 Abs. 5 und 22 Abs. 2, 20 Abs. 2 GlüStV – “Übergreifendes Sperrsystem”). Gesperrte Spieler dürfen auch nicht am Internetspiel teilnehmen (§ 4 Abs. 5 Nr. 1 GlüStV).**
- Die Spielersperre wird erst nach Bearbeitung des Antrags durch den den Antrag entgegennehmenden Glücksspielanbieter für die von ihm angebotenen Glücksspielbereiche durch Eintragung in die zentrale Sperrdatei des übergreifenden Sperrsystems wirksam.
- Der den Antrag bearbeitende Glücksspielanbieter teilt dem Antragsteller die eingerichtete Spielersperre unverzüglich schriftlich – entsprechend der im Antrag gewählten Option – mit. Der Zugang der Mitteilung ist keine Wirksamkeitsvoraussetzung für die Sperre.
- **Die Spielersperre wird auch eingerichtet, wenn im Antrag keine Gründe angegeben werden.**
- Die Spielersperre ist unbefristet. Die Mindestsperrdauer beträgt ein Jahr. Danach kann auf Antrag der gesperrten Person die Aufhebung erfolgen, wenn zu diesem Zeitpunkt keine Gründe für eine Spielersperre im Sinne von § 8 Abs. 2 GlüStV vorliegen. Das Nichtvorliegen der Gründe für eine Spielersperre ist durch die gesperrte Person mit prüffähigen Unterlagen nachzuweisen.
- Die Aufhebung der Spielersperre ist schriftlich mit dem dafür vorgegebenen Formular und den dort geforderten Unterlagen bei dem Glücksspielanbieter zu beantragen, der die Spielersperre eingerichtet hat.
- Der Antragsteller ist zur Aktualisierung der bei dem Glücksspielanbieter hinterlegten personenbezogenen Daten verpflichtet, wenn durch Änderungen die Identifizierung des Antragstellers und die Durchsetzung der Spielersperre nicht mehr möglich sind.

Brandenburgische Spielbanken GmbH & Co. KG
Steinstraße 104–106, 14480 Potsdam
Telefon: (03 31) 2 90 93-0
info@bbsb.de
www.bbsb.de



Ich habe die oben stehenden Informationen zur Selbstsperre gelesen und zur Kenntnis genommen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der zu sperrenden Person

Informationen zum Postident-Verfahren

Wenn Sie den Antrag auf Spielersperre (Selbst- oder Fremdsperre) per Post senden möchten, nutzen Sie bitte das für Sie kostenfreie Postident-Verfahren:

1. Formular ausfüllen,
2. unten stehenden Postident-Coupon abschneiden,
3. zu einer Postfiliale gehen mit ausgefülltem Formular, Postident-Coupon und Personalausweis oder Reisepass,
4. in der Postfiliale Postident-Coupon und Personalausweis oder Reisepass vorlegen,
5. ein Mitarbeiter der Post wird die Daten Ihres Personalausweises oder Reisepasses in ein Formular übertragen,
6. Sie unterschreiben dieses Formular,
7. anschließend wird Ihre Unterschrift per Stempel und Unterschrift des Postmitarbeiters bestätigt und Ihre Identität wurde somit erfolgreich geprüft,
8. dem Postmitarbeiter das Formular Spielersperre (gern auch gefaltet oder in separatem Umschlag) übergeben, damit es für Sie kostenfrei gesendet wird.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern unter (03 31) 290 93-0 an uns wenden.



Achtung MaV!

Formular und diesen Coupon im Postsache-Fensterbriefumschlag oder im Kundenrückumschlag an angegebene Anschrift schicken!



Brandenburgische Spielbanken
GmbH & Co. KG
Steinstraße 104–106
14480 Potsdam

Wichtig! Bitte nehmen Sie diesen Coupon und lassen Sie sich bei einer Postfiliale mit einem gültigen Personalausweis oder Reisepass identifizieren.

Abrechnungsnummer
6 2 0 6 7 3 5 5 0 2 3 7 0 1
Referenznummer

Achtung MaV!

- Barcode einscannen
- **POSTIDENT® BASIC** Formular nutzen
- Formular an Absender





Betroffenen-Checkliste zum pathologischen Glücksspiel

Sind Sie gefährdet, süchtig Glücksspiele zu spielen?

	ja	nein
1. Verspüren Sie oft ein unwiderstehliches Verlangen, Glücksspiele zu spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Setzen Sie im Vergleich zu früher gegenwärtig mehr Geld/Zeit für Glücksspiele ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Müssen Sie manchmal mehr und häufiger Glücksspiele spielen, obwohl Sie es ursprünglich gar nicht so vorhatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Geldsorgen wegen Ihrer Spielausgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie schon einmal versucht, mit dem Glücksspielen aufzuhören und es nicht geschafft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kreisen Ihre Gedanken häufig um Zahlenkombinationen und die möglichen Gewinne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Glauben Sie, dass Sie das Spielsystem "knacken" können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn Sie an das Glücksspielen denken, verspüren Sie körperliche Symptome wie z. B. Herzrasen, feuchte Hände, inneres Kribbeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn Sie nicht Glücksspielen können, fühlen Sie sich dann unruhig, gereizt oder verspüren unangenehme körperliche Symptome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Versuchen Sie, Ihre Spielleidenschaft zu verheimlichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vernachlässigen Sie wegen des Glücksspielens bestimmte Verpflichtungen (Beruf, Hobby, Beziehungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie familiäre Probleme wegen Ihres häufigen Spielens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben Sie schon des öfteren Termine/Verabredungen wegen des Spielens versäumt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Spielen Sie vor allem auch dann Glücksspiele, wenn Sie Langeweile, Stress haben oder in einer traurigen Stimmung sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leiden Sie unter Ihrem Glücksspielverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Sie mehr und mehr Geld einsetzen müssen?

Haben Sie jemals für Sie wichtige Personen über den Umfang Ihres Glücksspielens belogen?

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bitte von einem Mitarbeiter der Spielbank ausfüllen lassen.

Der Betroffeneverweigerte das Ausfüllen der Checkliste.

Name, Vorname des Betroffenen

.....
Spielbank Standort

.....
Name, Vorname des Mitarbeiters

.....
Ort, Datum