



**Berliner  
Psychoanalytisches  
Institut**

**Karl-Abraham-Institut e.V.**

**Ambulanz**

Tel.: (030) 26 55 49 18

Fax: (030) 26 55 49 19

ambulanz@bpi-psa.de

**An das  
Berliner Psychoanalytische Institut  
- Ambulanz -  
Körnerstr. 11  
10785 Berlin-Mitte**

**Anmeldung zur Voruntersuchung**

Anrede: Frau / Herr    Titel \_\_\_\_\_ (bitte in Druckbuchstaben schreiben)

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_  
(Bei Studenten bitte Fachrichtung und Semester angeben)

Grund der Meldung / Beschwerden \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

An das Institut verwiesen von \_\_\_\_\_

Frühere psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen (Art und Zeitraum)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besonderes (z. B. den Voruntersuchungstermin betreffend)

\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung**

Für die Abrechnung von Vorgesprächen und Behandlungen der Institutsambulanz erfasst das Berliner Psychoanalytische Institut personenbezogene Daten wie Namen, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose sowie die erbrachten Leistungen. Diese Daten werden an eine professionelle Abrechnungsstelle weitergeleitet, die vertraglich zur Einhaltung der Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtet ist.

Hiermit erteile ich mein widerrufliches Einverständnis mit dieser Form der Abrechnung.

Ort und Datum

Unterschrift