



**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