



# 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 / Divers    Titel \_\_\_\_\_ (bitte in Druckbuchstaben schreiben)

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

Straße/PLZ/Ort + Bezirk: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ 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**

**Siehe auch 2. Seite ►**



## **2. Seite Anmeldung zur Voruntersuchung**

### **Einwilligung in die Datennutzung**

Ich willige ein, dass die von mir erhobenen Daten und Befunde zum Zweck der Indikationsstellung, der Dokumentation und der gegebenenfalls folgenden Behandlung erfasst und gespeichert werden. Wenn ich über die Warteliste des Instituts vermittelt werden möchte, dürfen diese Daten in anonymisierter Form, also ohne Namensnennung, an eine/n potentielle/n TherapeutenIn/PsychoanalytikerIn, übermittelt werden. Mein Name wird erst bekannt gegeben, wenn ich zu probatorischen Sitzungen eingeladen werde, und zwar ausschließlich der/dem Einladenden. Diese Form der Weitergabe meiner Daten bezieht sich ausschließlich auf Mitglieder und KandidatInnen des Instituts, die damit auch gleichzeitig Mitarbeiter der Ambulanz sind.

Sollte ich hingegen selbstständig über die Mitgliederliste des Instituts eine/einen TherapeutIn suchen, entfällt diese Datenweitergabe. Wenn ich wünsche, dass mein/e zukünftige/r BehandlerIn Einblick in die Voruntersuchungsergebnisse bekommt, muss ich dazu eine schriftliche Erlaubnis abgeben.

Mir ist bekannt, dass die gesetzliche Aufbewahrungsfrist meiner Daten von 10 Jahren eingehalten werden muss, doch kommen meine Daten automatisch unter Verschluss, wenn ich eine Vermittlung über die Warteliste nicht mehr wünsche.

Benachrichtigungen an mich erfolgen aus Gründen der Datensicherheit per Post oder Telefon, doch bin ich einverstanden, dass kurzfristig notwendige Terminänderungen auch per Mail vorgenommen werden können.

Alle Mitarbeiter der Ambulanz unterliegen einer sehr strengen und strafbewehrten Schweigepflicht.

-----  
**Ort und Datum**

-----  
**Unterschrift**