Geschäftsbogen der Klinik/Praxis

Supervisionsbescheinigung in der Gruppe

unter Anleitung eines ärztlichen Supervisors

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Frau/Herr |  | | | | | | | |
| geboren am |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| wohnhaft in |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| hat in der Zeit vom |  | | | | | | | bis | | |  | | | | | |  | | |
|  | Tag, Monat, Jahr | | | | | | |  | | | Tag, Monat, Jahr | | | | | |  | | |
| Die Behandlung des Patienten | | | |  | | | | | unter meiner persönlichen Supervision durchgeführt. | | | | | | | | | | |
|  | | | | Chiffre \* | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Methode/Verfahren der Behandlung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| analytisch | | tiefenpsychologisch | | | | | | | | | | | verhaltenstherapeutisch | | | | | | |
| Anzahl der Therapiestunden | | |  | | | | Anzahl der Supervisionsstunden gesamt | | | | | | | | | | | |  |
| Anzahl der Supervisionsstunden den Fall betreffend | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| Frequenz der Supervisionsstunden | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| Anzahl der Teilnehmer in der Gruppe | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| Krankheitsbild (Diagnose und Hauptproblem) des Patienten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Die Therapie ist  abgeschlossen | | | | | | | | wird weitergeführt | | | | | | | | | | | |
| Die Therapie wurde abgebrochen am | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| Qualifizierender Kommentar zum Behandlungsverlauf | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Die Behandlung war  erfolgreich | | | | | | | | | | nicht erfolgreich, ggf. Kommentar | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Ich bestätige, dass der Behandlungsfall schriftlich dokumentiert wurde. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort |  | Datum |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Stempel und Unterschrift des  ärztlichen Supervisors |

\* Anfangsbuchstaben des Nachnamens, Geburtsdatum