Geschäftsbogen der Klinik/Praxis

Supervisionsbescheinigung einzeln

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 |  |  |
| 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