

# Musterbescheinigung

## Geschäftsbogen der Weiterbildungsstätte

### 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

tiefenpsychologisch     verhaltenstherapeutisch     systemische Therapie

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.

Stellungnahme zur fachlichen Eignung: (§ 9 Weiterbildungsordnung)

---



---



---



---



---

Für folgende Handlungskompetenzen wird die angekreuzte Kompetenzstufe bestätigt:

<b>Handlungskompetenz</b> Erfahrungen und Fertigkeiten	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen
Behandlung mit wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und -methoden sowie -techniken, davon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gruppen-Psychotherapien bei Kindern oder Jugendlichen mit 3 bis 9 Teilnehmern (bei mehr als 9 Teilnehmern mit 2 Therapeuten) unter Supervision sowie begleitende Gruppen-Psychotherapie von Bezugspersonen in Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der ärztlichen Supervisorin bzw. des ärztlichen Supervisors

\* Anfangsbuchstaben des Nachnamens, Geburtsdatum