

# 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
Durchführung wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieverfahren und Methoden, insbesondere ENTWEDER im verhaltenstherapeutischen Verfahren ODER psychodynamische/tiefenpsychologische Psychotherapie ODER im Verfahren der systemischen Therapie (Einzel, Paar- oder Familientherapie)		
- Gruppenpsychotherapie in der gewählten Grundorientierung mit 3 bis 9 Teilnehmern unter Supervision		

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der ärztlichen Supervisorin bzw. des ärztlichen Supervisors

\* Anfangsbuchstaben des Nachnamens, Geburtsdatum