

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:

| Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | durchführen (unter Anleitung) | selbstverantwortlich durchführen |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| Psychosomatische und psychotherapeutische Behandlungen einschließlich traumabedingter und sexueller Störungen mit besonderer Gewichtung der psychosomatischen Symptomatik unter Einschluss der Anleitung zur Bewältigung somatischer und psychosomatischer Störungen und Erkrankungen und der multimodalen psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung und der multimodalen Therapie in dokumentierten Fällen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ENTWEDER Behandlungen unter Supervision im <input type="checkbox"/> psychodynamischen/tiefenpsychologischen Verfahren, oder <input type="checkbox"/> verhaltenstherapeutischen Verfahren <input type="checkbox"/> Verfahren der Systemischen Therapie davon | | |
| - Gruppenpsychotherapien von 200 Stunden mit 3 bis 9 Patienten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift
der ärztlichen Supervisorin
bzw. des ärztlichen Supervisors

* Anfangsbuchstaben des Nachnamens, Geburtsdatum