

# Musterbescheinigung

## Geschäftsbogen der Weiterbildungsstätte

### Supervisionsbescheinigung einzeln unter Anleitung eines ärztlichen Supervisors

Frau/Herr \_\_\_\_\_

geboren am 

--	--	--	--	--	--	--	--

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 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.

## 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
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"/>
<b>ENTWEDER</b> Behandlungen unter Supervision im <input type="checkbox"/> psychodynamischen/tiefenpsychologischen Verfahren, <b>ODER</b> <input type="checkbox"/> Verfahren der Systemischen Therapie davon		
- Einzelpsychotherapien von 30 bis 100 Stunden pro Behandlungsfall einschließlich Bericht an den Gutachter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kurzzeitpsychotherapien von 5 bis 25 Stunden pro Behandlungsfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ODER</b> Behandlungen unter Supervision im verhaltenstherapeutischen Verfahren, davon		
- Langzeitpsychotherapien von jeweils 30 bis 80 Stunden pro Behandlungsfall einschließlich Bericht an den Gutachter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kurzzeitpsychotherapien von 5 bis 25 Stunden pro Behandlungsfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der ärztlichen Supervisorin  
bzw. des ärztlichen Supervisors

\* Anfangsbuchstaben des Nachnamens, Geburtsdatum