

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ / Ort:

Datum des Abschlusses des Studiums:

Dauer der \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Anzahl in diesem Zeitraum erworbenen Credits (45-60min.):

Der unterzeichnende ärztliche/ psychologische Psychotherapeut bestätigt, die obigen Angaben.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Angaben zum Psychotherapeuten

Titel:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ / Ort:

Psychotherapeutische Weiterbildung und Jahr des Abschlusses\*

\*Der Therapeut muss die Psychotherapieweiterbildung mindestens 5 Jahre vor Beginn der Supervision / Selbsterfahrung des Kandidaten abgeschlossen haben (Weiterbildungsprogramm der SGKJPP 2016, Ziff. 3.2) und in dieser Zeit mind. 50% gearbeitet haben.