



# Bestätigung für die Selbsterfahrung

Stand: 2025

**Hiermit wird bestätigt, dass der\*die Teilnehmer\*in**

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Matrikel-Nummer: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**teilgenommen hat an**

**Einzelselbsterfahrung**

im Ausmaß von: \_\_\_\_\_ Einheiten (á 50 Minuten)  
in der Zeit von (MM.JJJJ): \_\_\_\_\_ Bis (MM.JJJJ): \_\_\_\_\_  
in der Methode: \_\_\_\_\_

**Gruppenselbsterfahrung**

im Ausmaß von: \_\_\_\_\_ Einheiten (á 50 Minuten)  
in der Zeit von (MM.JJJJ): \_\_\_\_\_ Bis (MM.JJJJ): \_\_\_\_\_  
in der Methode: \_\_\_\_\_

**bei dem\*der eingetragenen Psychotherapeut\*in**

Name der Psychotherapeut\*innen: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

Außerdem wird hiermit bestätigt, dass es sich hierbei um **keine Krankenbehandlung** handelt (unabhängig davon, ob diese von dem\*der Teilnehmer\*in selbst oder von Einrichtungen oder Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens zum Teil oder zur Gänze finanziert wird); ebenso, dass der\*die Psychotherapeut\*in der Selbsterfahrung **nicht ident** ist mit dem\*der Psychotherapeut\*in der Supervision.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Psychotherapeut\*innen  
Inkl. offiziellem Stempel