



Bestätigung für die Supervision

Stand: 2025

Hiermit wird bestätigt, dass der*die Teilnehmer*in

Name: _____
Geburtsdatum: _____ Matrikel-Nummer: _____
Adresse: _____

teilgenommen hat an Supervision

im Ausmaß von: _____ Einheiten (á 50 Minuten)
in der Zeit von (MM.JJJJ): _____ bis (MM.JJJJ): _____

bei dem*der eingetragenen Psychotherapeut*in

Name der Psychotherapeut*innen: _____
Adresse: _____

Zusatzbezeichnung: _____

Die Supervision bezog sich auf das Praktikum

in der Zeit von (MM.JJJJ): _____ bis (MM.JJJJ): _____

Außerdem wird hiermit bestätigt, dass der*die Psychotherapeut*in der Supervision **nicht ident** ist mit dem*der Psychotherapeut*in der Selbsterfahrung.

Ort, Datum

Unterschrift der Psychotherapeut*innen
Inkl. offiziellem Stempel