Bescheinigung über Supervision und Falldokumentation

(Originalbeleg zur Prüfungsanmeldung im IVPM einreichen, Kopie verbleibt in der Akte)

Ausbildungskandidat/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ausbildungsfall-Nr. *(fortlaufend)*: \_\_\_\_\_

Chiffre *(z.B. B201185)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ggf. stationäre Fallnummer *(z.B. 60012345)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alter des/der Patienten/in: \_\_\_\_\_ Jahre Geschlecht des/der Patienten/in: männlich weiblich

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Art der Falldokumentation:  ausführlich  verkürzt  minimal | Setting:  ambulant  stationär | Umfang:  Kurzzeittherapie  Langzeittherapie  *(LZT ab 25 Sitzungen)* |

Therapiezeitraum: vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anzahl Behandlungsstunden: \_\_\_\_\_ (davon \_\_\_\_\_ Std. Einzeltherapie; \_\_\_\_\_ Std. Gruppentherapie)

Anzahl der Supervisionsstunden: \_\_\_\_\_

Diagnose(n):

**Erklärung des/der psychologischen Supervisors/in:**

Ich erkläre, die Fallsupervision zu dem o.a. Behandlungsfall gemäß den curriculären Erfordernissen der Weiterbildung des IVPM durchgeführt zu haben. Ich erkläre ferner, dass ich als Ausbilder/in im Sinne der Psychotherapievereinbarungen anerkannt bin. Die Falldokumentation erfüllt die Anforderungen der Weiterbildung des IVPM.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Supervisor/in