

Mitglied der/des: European Association of Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT)  
Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)  
Verband Wissenschaftlicher Gesellschaften Österreichs (VWGÖ)  
Österreichischer Dachverband für Verhaltenstherapie (ÖDVT)

## **4 Bescheinigung über die Unbedenklichkeit der Zulassung zur eigenständigen psychotherapeutischen Tätigkeit unter Supervision**

Es wird hiermit bestätigt, dass Frau / Herr \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

im Rahmen des 1. Ausbildungsabschnittes bei mir als Lehrtherapeut\*in der AVM eine  
Ausbildungskleingruppe absolviert hat. Weiters bestätige ich hiermit, mit Frau / Herrn

\_\_\_\_\_

das geforderte Einzel-Evaluationsgespräch nach dem Ende des 2. Ausbildungsjahres  
geführt zu haben. Aufgrund dessen und meiner Kenntnis ihrer / seiner Person halte ich  
die/den Ausbildungsteilnehmer\*in für geeignet, unter Supervision eigenständig  
psychotherapeutisch tätig zu werden. Ich befürworte daher die Zulassung der/des  
Ausbildungsteilnehmerin/s zur

**„eigenständigen psychotherapeutischen Tätigkeit unter Supervision“**

Name der/des Lehrtherapeutin/en (Stempel): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Lehrtherapeutin/en)