

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)

6 Empfehlung der Zulassung zum Abschluss der Ausbildung

Es wird hiermit bestätigt, dass Frau / Herr _____

Adresse: _____

im Rahmen des 2. Ausbildungsabschnittes des Ausbildungsmodells der AVM von 2000
(praktische psychotherapeutische Tätigkeit unter Supervision) bei mir als

Lehrtherapeut*in der AVM _____ Stunden Supervision absolviert hat. In diesem
Rahmen wurden von mir ein Evaluierungsgespräch geführt und die therapeutische

Qualifikation von Frau / Herrn _____

mittels Supervisions-Evaluationsbogen beurteilt. Aufgrund dieser Evaluierung kann ich
befürworten, dass die/der Ausbildungsteilnehmer*in zum Abschlussprocedere ihrer/seiner
Ausbildung nach dem Ausbildungsmodell der AVM von 2000 zugelassen wird. Ihre/seine
persönlichen und fachlichen Qualifikationen haben ein Niveau erreicht, das eine eigen-
verantwortliche Tätigkeit außerhalb der Ausbildung als gerechtfertigt erscheinen lässt.

Name der/des Lehrtherapeutin/en oder
Gastdozentin/en (Stempel): _____

_____, den _____

(Unterschrift Lehrtherapeut*in bzw. Gastdozent*in)