

17 Protokollblatt zur Dokumentation von Therapiestunden und Supervisionen

(dient als Nachweis der Abhaltung der geforderten 700 Stunden eigenständiger psychotherapeutischer Tätigkeit unter Supervision)

Therapeut*in: _____ Fall-Nr.: _____

Lehrtherapeut*in: _____ Klientencode: _____ Alter: _____

Therapiestunden			Supervision	
Datum	Uhrzeit	Anzahl der Therapiestunden	Datum	Lehrtherapeut*in ¹
			1	
			2	
			3	
			4	
			5	
			6	
			7	
			8	
			9	
			10	
			11	
			12	
			13	
			14	
			15	
			16	
			17	
			18	
SUMME				

¹ Unterschrift des Lehrtherapeuten/der Lehrtherapeutin

Therapiestunden			Supervision	
Datum	Uhrzeit	Anzahl der Therapiestunden	Datum	Lehrtherapeut*in ¹
			19	
			20	
			21	
			22	
			23	
			24	
			25	
			26	
			27	
			28	
			29	
			30	
			31	
			32	
			33	
			34	
			35	
			36	
			37	
			38	
SUMME				

Ausbildungsteilnehmer*in und Lehrtherapeut*in bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen.

_____, den _____

(Unterschrift des/r Lehrtherapeut/in)

(Unterschrift des/r Ausbildungsteilnehmer/in)

¹ Unterschrift des Lehrtherapeuten/der Lehrtherapeutin