

Für Teilnehmer/Innen des
Lehrgangs "Psychotherapeutisches Propädeutikum" der
Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision
(APG)
1090 Wien, Strudlhofg.3/2, Tel. 315 41 02

Bestätigung für Praktikumsupervision

Name des Psychotherapeuten/
der Psychotherapeutin: _____
Adresse: _____

Ich bestätige, dass Frau/Herr
.....

ihre/seine Tätigkeit
.....
(Art der Tätigkeit)

im Rahmen folgender Einrichtung
.....
(Name der Institution)

in Form von Einzelsupervision im Ausmaß von Stunden (1 Std.= 45 Min.)
im Zeitraum von bis bei mir persönlich hat supervidieren lassen.

und/oder

in Form von Gruppensupervision im Ausmaß von Stunden (1 Std.= 45 Min.)
im Zeitraum von bis bei mir persönlich hat supervidieren lassen.

Datum

persönliche Stampiglie/
Unterschrift des/der Psychotherapeuten/in

Die Anrechenbarkeit der Supervision für den APG-Lehrgang „Psychotherapeutisches Propädeutikum“ setzt voraus, dass die Supervisorin/der Supervisor in die Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit eingetragen ist.