•A•S•P•
Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Association Suisse des Psychothérapeutes
Associazione Svizzera delle Psicoterapeute e degli Psicoterapeuti
Associaziun Svizra dals Psicoterapeuts
Riedtlistrasse 8 | CH-8006 Zürich | Telefon +41 43 268 93 00 | www.psychotherapie.ch

Supervisionsbestätigung

Name, Adresse, Titel der Supervisorin / des Supervisors samt Funktion (z.B. Supervisor*in, Ausbildner*in, Kontrollanalytiker*in o.ä. der Gesellschaft/des Instituts XY)

_____

_____

_____

Ich bestätige, dass (Name, Adresse der Supervisandin / des Supervisanden):

_____

_____

_____

Bei mir

_____ (Anzahl) Einzelsitzungen à mind. 45 Minuten absolviert hat:

Im Zeitraum von _____ bis _____

Zahl der Teilnehmenden: _____

Er / sie hat während _____ (Anzahl) Gruppen-Supervisionssitzungen eigene Fälle vorgestellt.

Der / die Kandidat*in hat bei mir insgesamt _____ (Anzahl) Therapien supervidieren lassen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____