****

**Supervisionsbestätigung**

**im Rahmen der postgraduellen Ausbildung**

**in Klinischer Psychologie und in Gesundheitspsychologie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Herr/Frau |      ------------------------------ |      --------------------------------------------- |
|  | Vorname | Nachname |
|  |      ------------------------------ |      --------------------------------------------- |
|  | Titel | Geburtsdatum |

**für Fallsupervision**

[ ]  Gesundheitspsychologie [ ]  Klinische Psychologie

 [ ]  Einzelsetting [ ]  Einzelsetting

 [ ]  Gruppensetting [ ]  Gruppensetting

**\*) Zutreffendes ankreuzen!**

Es wird darauf hingewiesen, dass die SupervisorInnen bei Beginn der Supervision zumindest seit fünf Jahren in die entsprechenden Berufslisten eingetragen gewesen sein müssen!

Bei ausländischen SupervisorInnen ist ein ausführliches Curriculum Vitae beizulegen!

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |       |  |       |
| Name der Supervisorin bzw. des Supervisors in Blockschrift |  | Zeitraum der Supervision |  | Einheiten der Supervision |

------------------------------------------------- --------------------------------------------------------

Datum der Eintragung in die Liste der Datum der Eintragung in die Liste der

Klinischen PsychologInnen GesundheitspsychologInnen

**ACHTUNG:** Für Auszubildende gemäß Psychologengesetz 2013 müssen zumindest 50 Einheiten Supervision von einer Berufsangehörigen, die nicht an der praktischen Ausbildung beteiligt ist, absolviert werden.

Stand: März 2015

......................................................................

Datum, Unterschrift der Supervisorin bzw. des Supervisors