



# Bestätigung für die Supervision (BA)

Stand: 2025

**Hiermit wird bestätigt, dass der\*die Teilnehmer\*in**

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Matrikel-Nummer: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**teilgenommen hat an Supervision**

im Ausmaß von: \_\_\_\_\_ Einheiten (á 50 Minuten)  
in der Zeit von (MM.JJJJ): \_\_\_\_\_ bis (MM.JJJJ): \_\_\_\_\_

**bei dem\*der eingetragenen Psychotherapeut\*in**

Name der Psychotherapeut\*innen: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Die Supervision bezog sich auf das Praktikum**

in der Zeit von (MM.JJJJ): \_\_\_\_\_ bis (MM.JJJJ): \_\_\_\_\_

Außerdem wird hiermit bestätigt, dass der\*die Psychotherapeut\*in der Supervision **nicht ident** ist mit dem\*der Psychotherapeut\*in der Selbsterfahrung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Psychotherapeut\*innen  
Inkl. offiziellem Stempel