



# Bestätigung für die Selbsterfahrung

Stand: 01.07.2019

## Hiermit wird bestätigt, dass die TeilnehmerIn

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

## teilgenommen hat an

**Einzelselbsterfahrung**

im Ausmaß von: \_\_\_\_\_ Einheiten  
in der Zeit von (MM.JJJJ): \_\_\_\_\_ Bis (MM.JJJJ): \_\_\_\_\_  
in der Methode: \_\_\_\_\_

**Gruppenselbsterfahrung**

im Ausmaß von: \_\_\_\_\_ Einheiten  
in der Zeit von (MM.JJJJ): \_\_\_\_\_ Bis (MM.JJJJ): \_\_\_\_\_  
in der Methode: \_\_\_\_\_

## bei der eingetragenen PsychotherapeutIn

Name der PsychotherapeutIn: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

Außerdem wird hiermit bestätigt, dass es sich hierbei um **keine Krankenbehandlung** handelt (unabhängig davon, ob diese von der TeilnehmerIn selbst oder von Einrichtungen oder Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens zum Teil oder zur Gänze finanziert wird); ebenso dass die PsychotherapeutIn der Selbsterfahrung **nicht ident** ist mit der PsychotherapeutIn der Supervision.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der PsychotherapeutIn  
Inkl. offiziellem Stempel