**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 Supervision nur von Berufsangehörigen mit zumindest fünfjähriger einschlägiger Berufserfahrung und aufrechter Berufsberechtigung durchgeführt werden darf (§ 15 Abs. 2 bzw. § 24 Abs. 2 Psychologengesetz 2013).

Bei ausländischen Supervisor:innen ist ein ausführliches Curriculum Vitae beizulegen.

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

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

Datum des Beginns der Berufsausübung Datum des Beginns der Berufsausübung

der Gesundheitspsychologie der Klinischen Psychologie

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

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

Datum, Unterschrift der Supervisorin bzw. des Supervisors