

BESTÄTIGUNG über Supervision

(Vordruck 2)

Hiermit bestätige ich

Name

Supervisand:in: _____

dass Ihre im Rahmen der CBASP-Weiterbildung der DsG-CBASP e.V. durchgeführte CBASP-Therapie den Qualitätskriterien der DsG-CBASP e.V. entspricht. Die Behandlung erstreckte sich auf ____ Fall/Fälle, umfasste insgesamt ____ Behandlungsstunden und wurde regelmäßig von mir supervidiert (insgesamt ____ Supervisionsstunden).

Ich bestätige zudem, dass im Verlauf der Behandlung von mir mindestens eine adhärente KPR gesehen wurde.

Name des Supervisors/der Supervisorin: _____

Ort und Datum

Unterschrift Supervisor/Supervisorin