

Bezeichnung der Ausbildungsstätte

**Bescheinigung  
über die Teilnahme an den Ausbildungsveranstaltungen**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

hat regelmäßig und mit Erfolg

1. an der praktischen Tätigkeit nach § 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der klinischen Einrichtung nach § 2 Abs. 2 Nr. 1

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

in der Zeit

|           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| vom _____ | bis _____ | vom _____ | bis _____ |
| vom _____ | bis _____ | vom _____ | bis _____ |
| vom _____ | bis _____ | vom _____ | bis _____ |
| vom _____ | bis _____ | vom _____ | bis _____ |

teilgenommen und dabei \_\_\_\_\_ Stunden abgeleistet

sowie

in der ambulanten Einrichtung nach § 2 Abs. 2 Nr. 3 in der Zeit

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| vom _____ | bis _____ | vom _____ | bis _____ |
| vom _____ | bis _____ | vom _____ | bis _____ |

teilgenommen und dabei \_\_\_\_\_ Stunden abgeleistet

sowie

in der Einrichtung nach § 2 Abs. 2 Nr. 2 in der Zeit

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| vom _____ | bis _____ | vom _____ | bis _____ |
| vom _____ | bis _____ | vom _____ | bis _____ |

teilgenommen und dabei \_\_\_\_\_ Stunden abgeleistet

Er / Sie erfüllt die Anforderungen des § 2 Abs. 3;

2. an der theoretischen Ausbildung nach § 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den dazu vorgeschriebenen Veranstaltungen

im Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden teilgenommen;

3. an der praktischen Ausbildung nach § 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit

\_\_\_\_\_ Behandlungsstunden und

\_\_\_\_\_ Supervisionsstunden, davon \_\_\_\_\_ Stunden Einzelsupervision,

bei den Supervisoren

\_\_\_\_\_  
Anrede / Name / Vorname

\_\_\_\_\_  
Anrede / Name / Vorname

\_\_\_\_\_  
Anrede / Name / Vorname

teilgenommen und

\_\_\_\_\_ schriftliche Falldarstellungen über eigene Patientenbehandlungen vorgelegt;

4. an der Selbsterfahrung nach § 5 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit

\_\_\_\_\_ Stunden

bei dem \_\_\_\_\_ Selbsterfahrungsleiter/ \_\_\_\_\_ der Selbsterfahrungsleiterin

\_\_\_\_\_  
Anrede / Name / Vorname

teilgenommen.

Er / \_\_\_\_\_ Sie hat die vorgeschriebene Mindeststundenzahl von 4 200 Stunden erreicht.

Die Ausbildung ist - nicht – über die nach § 6 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zulässigen Fehlzeiten hinaus –

um \_\_\_\_\_ Tage unterbrochen worden.

Siegel oder Stempel

\_\_\_\_\_  
Ort

den

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der Leitung der Ausbildungsstätte