

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