





Name, Vorname: \_\_\_\_\_

### **Anlage 3 – Aufstellung Supervisionen**

Bitte fügen Sie für die aufgeführten Supervisionen einen entsprechenden Nachweis vor (bspw. Erklärung Supervisorin/Supervisor).

<b>Lfd. Nr.</b>	<b>Datum / Zeitraum</b>	<b>Supervisorin/Supervisor (Name, Vorname)</b>	<b>Qualifikation Supervisorin/Supervisor</b>	<b>Setting</b>	<b>Einheiten<sup>2</sup> (je 45 Minuten)</b>
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision <sup>3</sup>	
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision	
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision	
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision	
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision	
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision	
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision	
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision	
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision	
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision	

<sup>2</sup> Supervisionen werden nur dann anerkannt, wenn diese im Verhältnis von 1:4 bis 1:8 zu den stattgehabten Behandlungen stattgefunden haben

<sup>3</sup> Gruppensupervisionen werden ausschließlich mit maximal 6 Teilnehmenden anerkannt