

Antrag auf Anerkennung als Supervisor/OPK

(Bitte legen Sie die Nachweise zu den Punkten 2 bis 4 in Kopie bei)

Name _____ Geburtsdatum _____

Nachname _____ Mitgliedsnummer _____

1. **Approbation als** Psychologischer Psychotherapeut/in
 Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut/in

2. Ausbildung im Verfahren

Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Erwachsene	<input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche	<input type="checkbox"/> Gruppen
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Erwachsene	<input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche	<input type="checkbox"/> Gruppen
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Erwachsene	<input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche	<input type="checkbox"/> Gruppen
Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> Erwachsene	<input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche	<input type="checkbox"/> Gruppen

3.1 Psychotherapeutische Tätigkeit nach Approbation (mind. 5 Jahre) (Fügen Sie dem Antrag ggf. eine Aufstellung hinzu)

Von/Bis _____ Wo? _____

Tätigkeit als PP KJP Anderes

3.2 Klinisch-praktische Tätigkeit

Hiermit erkläre ich, parallel zur supervisorischen Tätigkeit mindestens 15 Stunden pro Woche klinisch-praktisch tätig zu sein.

Der **Veröffentlichung** meiner Kontaktdaten für Supervisionsinteressenten auf der Homepage der OPK stimme ich zu.
(Veröffentlicht werden die bei der Kammer hinterlegten Korrespondenzdaten.)

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift