

BESTÄTIGUNG über Supervision (Vordruck 2)

Hiermit bestätige ich

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

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 erstreckt sich auf ____ Fall/Fälle, umfasst insgesamt ____Behandlungsstunden und wurde regelmäßig von mir supervidiert (insgesamt ____Supervisionsstunden).

Name des Supervisors/der Supervisorin: _____

Ort und Datum

Unterschrift Supervisor/Supervisorin