

# Bestätigung für Praktikumssupervision

Für das  
**Psychotherapeutische Propädeutikum**

Zur Vorlage bei  
**Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte  
Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision  
Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit  
A-1090 Wien, Strudlhofgasse 3/2**

Name Psychotherapeut\*in:

Adresse:

Ich bestätige, dass \_\_\_\_\_  
(Name)

ihre/seine Tätigkeit \_\_\_\_\_  
(Art der Tätigkeit)

im Rahmen folgender Einrichtung \_\_\_\_\_  
(Name der Institution)

in Form von Einzelsupervision im Ausmaß von \_\_\_\_\_ Stunden ( 1 Std.= 45 Min.)  
im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei mir persönlich hat supervidieren  
lassen.

und/oder

in Form von Gruppensupervision im Ausmaß von \_\_\_\_\_ Stunden ( 1 Std.= 45 Min.)  
im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei mir persönlich hat supervidieren  
lassen.

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift Psychotherapeut\*in

**Die Anrechenbarkeit der Supervision für den APG-Lehrgang „Psychotherapeutisches Propädeutikum“ setzt voraus, dass die Supervisorin / der Supervisor seit mind. 5 Jahren in die Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit eingetragen ist.**