

SELBSTERFAHRUNGSBESTÄTIGUNG

Frau/Herr _____

Adresse _____

hat teilgenommen an einer

Einzelselbsterfahrung

im Ausmaß von _____ Stunden

in der Zeit von _____ bis _____ (Tag, Monat, Jahr)

angewendete fachspezifische Psychotherapiemethode _____

Gruppenselbsterfahrung

im Ausmaß von _____ Stunden

in der Zeit von _____ bis _____ (Tag, Monat, Jahr)

angewendete fachspezifische Psychotherapiemethode _____

Name der/s Psychotherapeuten/in _____

Adresse _____

Zusatzbezeichnung des BMG _____

Ich bestätige, dass die Selbsterfahrung NICHT Bestandteil einer Krankenbehandlung oder eines Zulassungsverfahrens zur Aufnahme in ein Fachspezifikum ist. Ebenso bestätige ich, dass kein Nahe- oder Verwandtschaftsverhältnis zum/r KlientIn besteht.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der/s
Psychotherapeuten/in