

Bescheinigung zur Vorlage beim Landesprüfungsamt

Anlage 2 (zu § 1 Abs. 4)

(Bezeichnung der Ausbildungsstätte)

(Beginn der Ausbildung, tt.mm.jjjj)

Bescheinigung über die Teilnahme an Ausbildungsveranstaltungen

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Geburtsort)

hat regelmäßig und mit Erfolg

1. an der **praktischen Tätigkeit** nach § 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

in der Einrichtung nach § 2 Abs. 2 Nr. 1 _____
in der Zeit (Name der Einrichtung)

vom _____ bis _____ , vom _____ bis _____ ,

vom _____ bis _____ , vom _____ bis _____ ,

vom _____ bis _____ , vom _____ bis _____ ,

vom _____ bis _____ , vom _____ bis _____ ,

teilgenommen und dabei _____ Stunden abgeleistet

sowie

in der Einrichtung nach § 2 Abs. 2 Nr. 2 _____
in der Zeit (Name der Einrichtung)

vom _____ bis _____ , vom _____ bis _____ ,

vom _____ bis _____ , vom _____ bis _____ ,

teilgenommen und dabei _____ Stunden abgeleistet.

Er/Sie *) erfüllt die Anforderungen des § 2 Abs. 3;

2. an der **theoretischen Ausbildung** nach § 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

mit den dazu vorgeschriebenen Veranstaltungen

im Umfang von _____Stunden teilgenommen;

3. an der **praktischen Ausbildung** nach § 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

mit

_____Behandlungsstunden und

_____Supervisionsstunden, davon _____Stunden Einzelsupervision,

bei den Supervisoren

(Name)

(Name)

(Name)

teilgenommen und

_____schriftliche Falldarstellungen über eigene Patientenbehandlungen vorgelegt.

4. an der **Selbsterfahrung** nach § 5 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit

_____Stunden

bei dem Selbsterfahrungsleiter/der Selbsterfahrungsleiterin*)

(Name)

teilgenommen.

Er/Sie*) hat die vorgeschriebene Mindeststundenzahl von 4.200 Stunden erreicht.

Die Ausbildung ist - nicht - über die nach § 6 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zulässige Fehlzeiten hinaus -

um _____Tage*)-
unterbrochen worden.

Siegel oder Stempel

_____, den _____
(Ort) (Datum)

*) Nichtzutreffendes streichen

Unterschrift(en) der Leitung der Ausbildungsstätte