

**Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Mecklenburg-Vorpommern e. V.**

Augustenstraße 44a, 18055 Rostock, Tel. 0381 45 90 393, Fax: 03831 40 331 330, IPV@t-online.de

**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 Psychologische Psychotherapeuten

in der Einrichtung nach § 2 Abs. 2 Nr. 1 .....

in der Zeit

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

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 Psychologische Psychotherapeuten

mit den dazu vorgeschriebenen Veranstaltungen

im Umfang von ..... Stunden teilgenommen;

3. an der praktischen Ausbildung nach § 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten 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 Psychologische Psychotherapeuten 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 Psychologische Psychotherapeuten zulässigen Fehlzeiten  
hinaus - um ..... Tage \*) - unterbrochen worden.

Siegel oder Stempel

....., den .....

(Ort)

(Datum)

.....

Unterschrift(en) der Leitung der Ausbildungsstätte

-----

\*) Nichtzutreffendes streichen.