

Antrag auf Zertifizierung der Weiterbildung in CBASP (Vordruck 1)

gemäß Zertifizierungsrichtlinien des Internationalen CBASP-Netzwerks e.V.

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Berufsabschluss _____

derzeitige Berufspraxis: _____

Die Bescheinigungen über folgende, nach den Kriterien des CBASP-Netzwerk e.V. geforderten Bestandteile der CBASP-Weiterbildung befinden sich in der Anlage (bitte Kopien einsenden).

Bescheinigungen über:

1. Abschluss Psychotherapieausbildung (Approbation bei Psychologen, Facharztprüfung bei Ärzten)

2. Einführungs- bzw. Aufbauworkshops (24 UE)

3. Praxistage (24 UE)

4. mind. 50 Stunden CBASP Therapie

- davon 2 ambulante (oder ein ambulanter und ein stationärer), erfolgreich abgeschlossene, dokumentierte Fälle unter Supervision
- mind. 25 Supervisionssitzungen, davon mind. 15 als Einzelsupervision

5. Dauer der Weiterbildung vom bis

6. Erfolgreich bestandenes Adhärenzrating

Zertifizierung am: Zert.Beauftr.:.....

BESTÄTIGUNG über Supervision (Vordruck 2)

Hiermit bestätige ich

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

dass Ihre im Rahmen der CBASP-Weiterbildung des Internationalen CBASP-Netzwerk e.V. durchgeführte CBASP-Therapie den Qualitätskriterien des CBASP-Netzwerks 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