

Hiermit bestätigen wir, dass

Frau/Herr _____

im Zeitraum von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

im Rahmen ihrer Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin am Regionalinstitut Sachsen der DGVT in unserer Einrichtung die PRAKTISCHE TÄTIGKEIT entsprechend § 2 Abs. 2 Ziffer 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (KJPsychTh-APrV) absolviert hat. Dabei wurden folgende Anforderungen erfüllt:

- 1.200 Stunden praktische Tätigkeit
- Beteiligung bei mindestens 30 Fällen jeweils an der Diagnostik und Behandlung über einen längeren Zeitraum
- Erwerb von Kenntnissen und Erfahrungen über die akute, abklingende und chronifizierte Symptomatik unterschiedlicher psychiatrischer Erkrankungen

ORT/DATUM

UNTERSCHRIFT

des/der weiterbildungsermächtigten Arztes/Ärztin

(Stempel der Einrichtung)