

Bestätigung der praktischen Tätigkeit
für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung
(Psychiatrie)

Hiermit wird bestätigt, dass

.....
Name Vorname Geburtsdatum

in meiner / unserer mit dem IVS kooperierenden Einrichtung

.....
Bezeichnung und Adresse

die **praktische Tätigkeit** nach § 2 Abs. 2 Nr. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-AprV)

in der Zeit vom bis

absolviert hat und dabei insgesamt Stunden abgeleistet hat.

Der/die Ausbildungsteilnehmer/in war über diesen Zeitraum unter fachkundiger Leitung und Aufsicht
an der Diagnostik und Behandlung von

..... Kindern und Jugendlichen beteiligt,

wobei in allen Behandlungsfällen die bedeutsamen Beziehungspersonen in das
Behandlungskonzept einbezogen gewesen waren. Der/die Ausbildungsteilnehmer/in hat dabei
Kenntnisse und Erfahrungen über die akute, abklingende und chronifizierte Symptomatik
unterschiedlicher psychiatrischer Erkrankungen erworben sowie die Patientenbehandlungen
fallbezogen und unter Angabe von Umfang und Dauer dokumentiert.

.....
Ort Datum Unterschrift mit Stempel der Einrichtung