

# Bestätigung

## Einzelsupervision

Im Rahmen der Ausbildung zur Dipl. Lebens- und Sozialberatung  
(Psychologische Beratung)

Name (LSB i.A.)		
<b>Zur Leitung der Einzelsupervision berechtigte Person:</b>		
Name		
Adresse		
	PLZ	Ort
Gem. §4 ausbildungsberechtigt als	<input type="checkbox"/> Lebens- & SozialberaterIn <input type="checkbox"/> GesundheitspsychologIn <input type="checkbox"/> Klinische PsychologIn <input type="checkbox"/> PsychotherapeutIn <input type="checkbox"/> ArztlIn mit ÖAK-Diplom „Psychotherapeutische Medizin“	
Bestätigte Stunden		
Im Zeitraum	von	bis

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift