



Akademie für Psychotherapie, Psychosomatik und
Psychoanalyse Hamburg

Studienbuch

Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten (TP bzw. TP-PA)

gemäß KJPsychTh-APrV

STUDIENBUCH

Name

Vorname

Akademischer Titel

Beruf

Anschrift

Geburtsdatum

Lichtbild

Aus-/ Weiterbildungsziel

Aus-/ Weiterbildungsbeginn

Vorkolloquium

Urlaubssemester

Aus-/ Weiterbildungsende¹

¹ aufgrund von:

- ☐ Approbationsprüfung/ FA/ Fachkunde
- ☐ Abbruch/ Institutswechsel

Anmeldung zum Vorkolloquium

Checkliste

- ☐ in der Regel mind. 100 Doppelstunden Theorie, darunter kontinuierlich Neurosenlehre, Entwicklungspsychologie und Krankheitslehre sowie:
- ☐ 1 Semester Propädeutik (vor Beginn des Erstinterview-Praktikums)
- ☐ Erstinterview-Seminare: (Erstinterviews können grundsätzlich nur bei paralleler Belegung eines Erstinterview-Seminar durchgeführt werden)
 - mind. 2 Semester mit je 100% Anwesenheit (i. d. R. 2x8 = 16 DS) ODER
 - 3 Semester mit 75% Anwesenheit ODER
 - regelmäßige Teilnahme in weiteren Semestern während der Erstinterviews
- ☐ mind. 12 von 15 (TP) oder 17 von 20 (TP/AP) supervidierten und dokumentierten Erstinterviews (Fehlende Erstinterviews bis zur Prüfun/Erteilung der Behandlungserlaubnis), supervidiert durch mind. 3 verschiedene SupervisorInnen
 - Gemäß den Richtlinien der DGPT: mind. 20 supervidierte und dokumentierte Erstinterviews
- ☐ positive Voten von zwei SupervisorInnen (ausgedruckte Email beilegen)
- ☐ Nachweis von mind. 40 Std. absolvierte Lehrtherapie (TP-KandidatInnen) bzw. von mind. 120 Std. (PA- bzw. TP/PA-KandidatInnen)
- ☐ Genaueres zum Ablauf finden Sie im Merkblatt zum Vorkolloquium

Anmeldefristen für das Vorkolloquium Ende des SS / WS
Vorlage der Unterlagen in der Geschäftsstelle : 10.05. / 10.12.

Bestätigung fachliche Koordination

Eingang der Unterlagen: _____

Bestätigung der Vollständigkeit der Unterlagen: _____
Unterschrift fachl. Koordination

Prozedere

Das Vorkolloquium findet i. d. R. im August/ September bzw. Februar/ März statt. Es wird als Gruppenprüfung mit höchstens 4 Prüflingen und 2 Prüfern durchgeführt und dauert 45 Min. pro Prüfling.

Gebühren

Es werden Prüfungsgebühren gemäß der Gebührenordnung in Rechnung gestellt.

Anmeldung zur staatlichen Prüfung KJP-TP

Checkliste

- ☐ mind. 10 Semester (keine/ abzgl. Urlaubssemester)
- ☐ 1.200 Stunden KJ-Psychiatrisches Praktikum (davon mind. 600 Std. Klinik)
- ☐ 600 Stunden KJ-Psychotherapeutisches/ KJ-Psychosomatisches Praktikum
- ☐ mind. 600 Stunden Theorie
- ☐ mind. 600 Behandlungsstunden supervidiert 4:1, (= 150 Std. Supervision, mind. 90 Std. in Einzelsupervision), davon
 - mind. 1 Kurzzeitbehandlung (spätere Umwandlung in LZT möglich)
 - mind. 6 Langzeitbehandlungen (zwei davon mit mindestens 60 Stunden und mindestens eine in Verlängerung) → Gemäß den Grundanforderungen der VAKJP muss mindestens eine Behandlung 150 Stunden umfassen. Die Behandlungen können, müssen aber nicht abgeschlossen sein. Es muss jede Altersgruppe (Kleinkind-, Latenz-, Adoleszenzalter) und jedes Geschlecht vertreten sein. Bezugspersonen insgesamt mindestens 60 Stunden. Diese zählen zu den Gesamtbehandlungsstunden.
- ☐ 4 kurze Fallberichte über 4 Langzeittherapien
- ☐ 2 lange (Prüfungs-) Fallberichte über 2 LZTs (ca. 15 S. – es wird empfohlen, dass mind. 1 davon in Fortführung erfolgt ist)
- ☐ Nachweis über mind. 200 Std. absolvierte Lehrtherapie
- ☐ Nachweis über 850 Std. „freie Spitze“: 330 Std. werden pauschal anerkannt für EI-Praktikum, Berichterstellung, Prüfungsvorbereitung. 77 Stunden werden für die Beobachtung eines Säuglings über 18 Monate angerechnet - D.h.: 443 Einheiten zur freien Verfügung entsprechend der Regularien (zusätzliche Stunden in den Ausbildungsbestandteilen, z.B. Lehrtherapie/ Behandlungen/ Supervisionen/ Theoriestunden / verlängerte PT1/PT2).
→ Daraus ergibt sich ein Nachweis über insgesamt 4.200 Ausbildungsstunden
- ☐ Antragsunterlagen der Behörde → <https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/einrichtungen/lpa/psychotherapie-31638>
- ☐ *Bescheinigungen zur Ausbildung:* bei Fachkoordination zu erfragen

Die Regelungen der alten Checkliste bleiben zu Ihrem Vorteil als Option erhalten.

Anmeldefristen für die staatl. Prüfung im

Vorlage der Unterlagen bei der fachlichen Leitung:
Anmeldung bei der Behörde:

Frühjahr / Herbst

bis 01.12. / bis 01.05.
bis 10.01. / bis 10.06.

Bestätigung fachliche Koordination

Eingang Unterlagen: _____

Bestätigung der Vollständigkeit der Unterlagen: _____

Unterschrift fachl. Koordination

Prozedere

Die Prüfungstermine werden von der Behörde festgelegt.

Gebühren

Laut Gebührenordnung betragen die Prüferbereitstellungsgebühren € 750,-. Diese stellt die Akademie jedem Prüfling in Rechnung und begleicht die Honorare der Prüfer.

Anmeldung zur staatlichen Prüfung KJP-TP/aKJP **Checkliste**

- ☐ mind. 10 Semester (keine/ abzgl. Urlaubssemester)
- ☐ 1.200 Stunden Psychiatrisches Praktikum
- ☐ 600 Stunden Psychotherapeutisches/ Psychosomatisches Praktikum
- ☐ mind. 600 Stunden Theorie
- ☐ mind. 1.000 Behandlungsstunden supervidiert 4:1 (= mind. 250 Std. Supervision, mind. 150 Stunden in Einzelsupervision), mit mindestens 6 Patientenbehandlungen in unterschiedlichem Setting, davon:
 - 2 KZT /TP (spätere Umwandlung in LZT ist möglich) und
 - 2 LZT/TP mindestens 70 Stunden
 - 4 LZT/PA, davon mindestens eine in Verlängerung (gemäß den Grundanforderungen der VAKJP muss mindestens eine Behandlung 150 Stunden umfassen)Die Behandlungen können, müssen aber nicht abgeschlossen sein. Es muss jede Altersgruppe (Kleinkind-, Latenz, Adoleszenzalter) und jedes Geschlecht vertreten sein. Bezugspersonen insgesamt mindestens 90 Stunden. Diese zählen zu den Gesamtbehandlungsstunden.
- ☐ 6 anonymisierte Fallberichte, darunter
 - 2 ausführliche Fallberichte (Prüfungsfälle) von 1 LZT/AP (ca. 15 Seiten) und 1 LZT/TP (ca. 10 Seiten)
 - 4 kurze Fallberichte über 4 Langzeitbehandlungen
- ☐ Nachweis über mind. 240 Std. absolvierte Lehrtherapie, 3 x wöchentl. den Ausbildungsverlauf kontinuierlich begleitend
- ☐ Pauschal anerkannt werden 330 Std. für EI-Praktikum, Berichterstellung, Prüfungsvorbereitung. 77 Stunden werden für die Beobachtung eines Säuglings über 18 Monate angerechnet. Damit ist die „freie Spitze“ erfüllt.
→ Daraus ergibt sich ein Nachweis über insgesamt 4.200 Ausbildungsstunden
- ☐ Antragsunterlagen der Behörde → <https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/einrichtungen/lpa/psychotherapie-31638>
- ☐ *Bescheinigungen zur Ausbildung:* bei Fachkoordination zu erfragen
Die Regelungen der alten Checkliste bleiben zu Ihrem Vorteil als Option erhalten.

Anmeldefristen für die staatl. Prüfung im

Vorlage der Unterlagen bei der fachlichen Leitung:
Anmeldung bei der Behörde:

Frühjahr / Herbst

bis 01.12. / bis 01.05.
bis 10.01. / bis 10.06.

Bestätigung fachliche Koordination

Eingang Unterlagen: _____

Bestätigung der Vollständigkeit der Unterlagen: _____
Unterschrift fachl. Koordination

Prozedere

Die Prüfungstermine werden von der Behörde festgelegt.

Gebühren

Laut Gebührenordnung betragen die Prüferbereitstellungsgebühren € 750,-. Diese stellt die Akademie jedem Prüfling in Rechnung und begleicht die Honorare der Prüfer.

Selbsterfahrung (Lehrtherapie) gem. § 5 KJPsychTh-APrV

Bei: _____

Beginn: _____

A. Anzahl der Stunden insgesamt bis zum u. g. Datum: _____

Datum

Unterschrift Lehrtherapeut

B. Anzahl der Stunden insgesamt bis zum u. g. Datum: _____

Datum

Unterschrift Lehrtherapeut

C. Anzahl der Stunden insgesamt bis zum u. g. Datum: _____

Datum

Unterschrift Lehrtherapeut

Praktische Ausbildung gem. § 4 KJPsychTh-APrV

(Erstinterviews & Anamnesen, obligatorisch: 15)

Lfd. Nr.	Datum & Unterschrift Erstsicht	Patient, m/w, Alter	Datum Anamnese	Symptomatik & Diagnose	Datum & Unterschrift Supervision
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Praktische Ausbildung gem. § 4 KJPsychTh-APrV

(Erstinterviews & Anamnesen, obligatorisch: 15)

Lfd. Nr.	Datum & Unterschrift Erstsicht	Patient, m/w, Alter	Datum Anamnese	Symptomatik & Diagnose	Datum & Unterschrift Supervision
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Praktische Ausbildung gem. § 4 KJPsychTh-APrV

(Behandlungen unter Supervision)

Fall 1: ☐ Krisenintervention ☐ Kurzzeittherapie ☐ Langzeittherapie

Therapieart/ Ziffer: _____

Beginn: _____ Alter: _____ Geschlecht (m/w): _____

Diagnose: _____

1. Supervision (Einzel/ Gruppe) bei: _____
(nicht Zutreffendes streichen)

von: _____ bis: _____

Std. (mit eigener Fallvorstellung): _____
Unterschrift Supervisor

2. Supervision (Einzel/ Gruppe) bei: _____
(nicht Zutreffendes streichen)

von: _____ bis: _____

Std. (mit eigener Fallvorstellung): _____
Unterschrift Supervisor

Supervisionsstunden (mit eigener Fallvorstellung) für diesen Fall insges.: _____

Behandlungsstunden bis _____ Pat.: _____ (Eltern: _____)

Behandlungsstunden für diesen Fall bis _____ insgesamt: _____

Ende der Behandlung am: _____

Behandlung ☐ wird weitergeführt ☐ wird nicht weitergeführt.

Praktische Ausbildung gem. § 4 KJPsychTh-APrV

(Behandlungen unter Supervision)

Fall 2: ☐ Krisenintervention ☐ Kurzzeittherapie ☐ Langzeittherapie

Therapieart/ Ziffer: _____

Beginn: _____ Alter: _____ Geschlecht (m/w): _____

Diagnose: _____

1. Supervision (Einzel/ Gruppe) bei: _____
(nicht Zutreffendes streichen)

von: _____ bis: _____

Std. (mit eigener Fallvorstellung): _____
Unterschrift Supervisor

2. Supervision (Einzel/ Gruppe) bei: _____
(nicht Zutreffendes streichen)

von: _____ bis: _____

Std. (mit eigener Fallvorstellung): _____
Unterschrift Supervisor

Supervisionsstunden (mit eigener Fallvorstellung) für diesen Fall insges.: _____

Behandlungsstunden bis _____ Pat.: _____ (Eltern: _____)

Behandlungsstunden für diesen Fall bis _____ insgesamt: _____

Ende der Behandlung am: _____

Behandlung ☐ wird weitergeführt ☐ wird nicht weitergeführt.

Praktische Ausbildung gem. § 4 KJPsychTh-APrV

(Behandlungen unter Supervision)

Fall 3: ☐ Krisenintervention ☐ Kurzzeittherapie ☐ Langzeittherapie

Therapieart/ Ziffer: _____

Beginn: _____ Alter: _____ Geschlecht (m/w): _____

Diagnose: _____

1. Supervision (Einzel/ Gruppe) bei: _____
(nicht Zutreffendes streichen)

von: _____ bis: _____

Std. (mit eigener Fallvorstellung): _____
Unterschrift Supervisor

2. Supervision (Einzel/ Gruppe) bei: _____
(nicht Zutreffendes streichen)

von: _____ bis: _____

Std. (mit eigener Fallvorstellung): _____
Unterschrift Supervisor

Supervisionsstunden (mit eigener Fallvorstellung) für diesen Fall insges.: _____

Behandlungsstunden bis _____ Pat.: _____ (Eltern: _____)

Behandlungsstunden für diesen Fall bis _____ insgesamt: _____

Ende der Behandlung am: _____

Behandlung ☐ wird weitergeführt ☐ wird nicht weitergeführt.

Praktische Ausbildung gem. § 4 KJPsychTh-APrV

(Behandlungen unter Supervision)

Fall 4: ☐ Krisenintervention ☐ Kurzzeittherapie ☐ Langzeittherapie

Therapieart/ Ziffer: _____

Beginn: _____ Alter: _____ Geschlecht (m/w): _____

Diagnose: _____

1. Supervision (Einzel/ Gruppe) bei: _____
(nicht Zutreffendes streichen)

von: _____ bis: _____

Std. (mit eigener Fallvorstellung): _____
Unterschrift Supervisor

2. Supervision (Einzel/ Gruppe) bei: _____
(nicht Zutreffendes streichen)

von: _____ bis: _____

Std. (mit eigener Fallvorstellung): _____
Unterschrift Supervisor

Supervisionsstunden (mit eigener Fallvorstellung) für diesen Fall insges.: _____

Behandlungsstunden bis _____ Pat.: _____ (Eltern: _____)

Behandlungsstunden für diesen Fall bis _____ insgesamt: _____

Ende der Behandlung am: _____

Behandlung ☐ wird weitergeführt ☐ wird nicht weitergeführt.

Praktische Ausbildung gem. § 4 KJPsychTh-APrV

(Behandlungen unter Supervision)

Fall 5: ☐ Krisenintervention ☐ Kurzzeittherapie ☐ Langzeittherapie

Therapieart/ Ziffer: _____

Beginn: _____ Alter: _____ Geschlecht (m/w): _____

Diagnose: _____

1. Supervision (Einzel/ Gruppe) bei: _____
(nicht Zutreffendes streichen)

von: _____ bis: _____

Std. (mit eigener Fallvorstellung): _____
Unterschrift Supervisor

2. Supervision (Einzel/ Gruppe) bei: _____
(nicht Zutreffendes streichen)

von: _____ bis: _____

Std. (mit eigener Fallvorstellung): _____
Unterschrift Supervisor

Supervisionsstunden (mit eigener Fallvorstellung) für diesen Fall insges.: _____

Behandlungsstunden bis _____ Pat.: _____ (Eltern: _____)

Behandlungsstunden für diesen Fall bis _____ insgesamt: _____

Ende der Behandlung am: _____

Behandlung ☐ wird weitergeführt ☐ wird nicht weitergeführt.

Praktische Ausbildung gem. § 4 KJPsychTh-APrV

(Behandlungen unter Supervision)

Fall 6: ☐ Krisenintervention ☐ Kurzzeittherapie ☐ Langzeittherapie

Therapieart/ Ziffer: _____

Beginn: _____ Alter: _____ Geschlecht (m/w): _____

Diagnose: _____

1. Supervision (Einzel/ Gruppe) bei: _____
(nicht Zutreffendes streichen)

von: _____ bis: _____

Std. (mit eigener Fallvorstellung): _____
Unterschrift Supervisor

2. Supervision (Einzel/ Gruppe) bei: _____
(nicht Zutreffendes streichen)

von: _____ bis: _____

Std. (mit eigener Fallvorstellung): _____
Unterschrift Supervisor

Supervisionsstunden (mit eigener Fallvorstellung) für diesen Fall insges.: _____

Behandlungsstunden bis _____ Pat.: _____ (Eltern: _____)

Behandlungsstunden für diesen Fall bis _____ insgesamt: _____

Ende der Behandlung am: _____

Behandlung ☐ wird weitergeführt ☐ wird nicht weitergeführt.

Praktische Ausbildung gem. § 4 KJPsychTh-APrV

(Behandlungen unter Supervision)

Fall __: ☐ Krisenintervention ☐ Kurzzeittherapie ☐ Langzeittherapie

Therapieart/ Ziffer: _____

Beginn: _____ Alter: _____ Geschlecht (m/w): _____

Diagnose: _____

1. Supervision (Einzel/ Gruppe) bei: _____
(nicht Zutreffendes streichen)

von: _____ bis: _____

Std. (mit eigener Fallvorstellung): _____
Unterschrift Supervisor

2. Supervision (Einzel/ Gruppe) bei: _____
(nicht Zutreffendes streichen)

von: _____ bis: _____

Std. (mit eigener Fallvorstellung): _____
Unterschrift Supervisor

Supervisionsstunden (mit eigener Fallvorstellung) für diesen Fall insges.: _____

Behandlungsstunden bis _____ Pat.: _____ (Eltern: _____)

Behandlungsstunden für diesen Fall bis _____ insgesamt: _____

Ende der Behandlung am: _____

Behandlung ☐ wird weitergeführt ☐ wird nicht weitergeführt.

Praktische Ausbildung gem. § 4 KJPsychTh-APrV
(Falldarstellungen)

Falldarstellung 1: Fallnr. _____ Std. _____ (mind. 50)
(Prüfungsfall, lang)

Bericht angenommen: _____
(Datum) (Unterschrift Supervisor)

Falldarstellung 2: Fallnr. _____ Std. _____ (mind. 50)
(Prüfungsfall, lang)

Bericht angenommen: _____
(Datum) (Unterschrift Supervisor)

Falldarstellung 3: Fallnr. _____ Std. _____ (mind. 50)
(Kurzbericht)

Bericht angenommen: _____
(Datum) (Unterschrift Supervisor)

Falldarstellung 4: Fallnr. _____ Std. _____ (mind. 50)
(Kurzbericht)

Bericht angenommen: _____
(Datum) (Unterschrift Supervisor)

Falldarstellung 5: Fallnr. _____ Std. _____ (mind. 50)
(Kurzbericht)

Bericht angenommen: _____
(Datum) (Unterschrift Supervisor)

Falldarstellung 6: Fallnr. _____ Std. _____ (mind. 50)
(Kurzbericht)

Bericht angenommen: _____
(Datum) (Unterschrift Supervisor)

Theoretische Ausbildung gem. § 3 KJPsychTh-APrV

Semester: WS/ SS _____ Fachsemester _____

Veranstaltung	DozentIn	Std.
Subtotal Theoriestunden:		

Theoretische Ausbildung gem. § 3 KJPsychTh-APrV

Semester: WS/ SS _____ Fachsemester _____

Veranstaltung	DozentIn	Std.
Übertrag Subtotal Theoriestunden aus Vorsemestern:		
Subtotal Theoriestunden:		

Bescheinigung

Praktische Tätigkeit gem. § 2 Abs. 2 Nr. 1 (KJ)PsychTh-APrV (Psychiatrisches Praktikum)

§2 Abs. 2 Nr. 1: Zu erbringen sind „mindestens **1.200 Stunden** an einer kinder- und jugend-**psychiatrischen** klinischen Einrichtung, die im Sinne des ärztlichen Weiterbildungsrechts zur Weiterbildung für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zugelassen ist oder die von der nach § 10 Abs. 4 Psychotherapeutengesetz zuständigen Behörde als gleichwertige Einrichtung zugelassen wird.“

→ Davon können **max. 600** Stunden in einer kinder und jugendpsychiatrischen Praxis/ Ambulanz mitentsprechender Zulassung abgeleistet werden.

§2 Abs. 2 Nr. 3: Während der praktischen Tätigkeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen klinischen oder ambulanten Einrichtung ist der Ausbildungsteilnehmer jeweils über einen längeren Zeitraum an der Diagnostik und der Behandlung von mindestens 30 Kindern und Jugendlichen unter Einbeziehung der bedeutsamen Beziehungspersonen (Patienten) zu beteiligen.

Name, Vorname: _____ geb.: _____,

AusbildungsteilnehmerIn der APH im Ausbildungsgang Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn– tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, hat entsprechend der Kooperationsvereinbarung zwischen der APH und

(Einrichtung:) _____

das Psychiatriepraktikum entsprechend dem § 2 (KJ)PsychTh-APrV in folgendem Umfang durchgeführt:

Im Zeitraum vom _____ bis _____

hat er/ sie im Umfang von _____ Ausbildungsstunden unter Betreuung an unserer Einrichtung mitgearbeitet. Er/ sie hat Kenntnisse und Erfahrungen über akute, abklingende und chronifizierte Symptomatik unterschiedlicher psychiatrischer Erkrankungen erworben.

Er/ sie war über einen längeren Zeitraum an der Diagnostik und Behandlung von

_____ (im Verlauf des Psychiatriepraktikums insges. mind. 30) Kindern und Jugendlichen unter Einbeziehung der bedeutsamen Beziehungspersonen beteiligt.

Eine Liste der Diagnosen und Behandlungszeit der Kinder und Jugendlichen, an deren Behandlung der Ausbildungsteilnehmer beteiligt war, ist beiliegend.

Datum

Stempel und Unterschrift des Leiters der Einrichtung

Patienten, an deren Behandlung der Ausbildungskandidat beteiligt war:

Lfd. Nr.	Diagnose (ICD-10)	Behandlungszeitraum	Einbezug von Sozialpartnern (j/n)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Für die Richtigkeit

Patienten, an deren Behandlung der Ausbildungskandidat beteiligt war:

Lfd. Nr.	Diagnose (ICD-10)	Behandlungszeitraum	Einbezug von Sozialpartnern (j/n)
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Für die Richtigkeit

Bescheinigung**Praktische Tätigkeit gem. § 2 Abs. 2 Nr. 2 (KJ)PsychTh-APrV
(Psychotherapeutisches/ psychosomatisches Praktikum)**

§2 Abs. 2 Nr. 2: Zu erbringen sind „mindestens **600 Stunden** an einer von einem Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung, die der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen dient, in der Praxis eines Arztes mit einer ärztlichen Weiterbildung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.“

Name, Vorname: _____ geb.: _____,

AusbildungsteilnehmerIn der APH im Ausbildungsgang Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, hat entsprechend der Kooperationsvereinbarung zwischen der APH und

(Einrichtung:) _____

das psychosomatische/ psychotherapeutische Praktikum entsprechend dem § 2 (KJ)PsychTh-APrV in folgendem Umfang durchgeführt:

Im Zeitraum vom _____ bis _____

hat er/ sie im Umfang von _____ Ausbildungsstunden unter Betreuung an unserer Einrichtung mitgearbeitet.

Er/ sie hat Kenntnisse und Erfahrungen über akute, abklingende und chronifizierte Symptomatik unterschiedlicher psychiatrischer Erkrankungen erworben.

Er/ sie war über einen längeren Zeitraum an der Diagnostik und Behandlung von

_____ Patienten unter Einbeziehung der wesentlichen Beziehungspersonen beteiligt.

Datum

Stempel und Unterschrift des Leiters der Einrichtung