

**Anlage 2**

(zu § 1 Abs. 4)

Bezeichnung der Ausbildungsstätte

**B E S C H E I N I G U N G  
ÜBER DIE TEILNAHME AN AUSBILDUNGSVERANSTALTUNGEN**

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum) (Geburtsort)

hat regelmäßig und mit Erfolg

**1. an der praktischen Tätigkeit** nach § 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten in der Einrichtung nach § 2 Abs. 2 Nr. 1 \_\_\_\_\_ in der Zeit

vom ..... bis ....., vom ..... bis ....., vom ..... bis .....,  
vom ..... bis ....., vom ..... bis ....., vom ..... bis .....,  
vom ..... bis ....., vom ..... bis ....., vom ..... bis .....,  
vom ..... bis ....., vom ..... bis ....., vom ..... bis .....,  
teilgenommen und dabei ..... Stunden abgeleistet  
sowie

in der Einrichtung nach § 2 Abs. 2 Nr. 2 \_\_\_\_\_ in der Zeit

vom ..... bis ....., vom ..... bis ....., vom ..... bis .....,  
vom ..... bis ....., vom ..... bis ....., vom ..... bis .....,  
teilgenommen und dabei ..... Stunden abgeleistet.  
Er/ Sie\*) erfüllt die Voraussetzungen des § 2 Abs. 3;

**2. an der theoretischen Ausbildung** nach § 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten mit den dazu vorgeschriebenen Veranstaltungen

im Umfang von ..... Stunden teilgenommen;

**3. an der praktischen Ausbildung** nach § 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten mit

..... Behandlungsstunden und  
..... Supervisionsstunden, davon ..... Stunden Einzelsupervision,

bei den Supervisoren

.....  
(Name)

.....  
(Name)

.....

(Name)

teilgenommen und

..... schriftliche Falldarstellungen über eigene Patientenbehandlungen vorgelegt;

**4. an der Selbsterfahrung** nach § 5 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten  
mit

..... Stunden

bei dem Selbsterfahrungsleiter/ der Selbsterfahrungsleiterin

.....

(Name)

teilgenommen.

**Er/ Sie\*) hat die vorgeschriebene Mindeststundenzahl von 4200 Stunden erreicht.  
Die Ausbildung ist - nicht - über die nach § 6 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten zulässigen Fehlzeiten hinaus -  
um ..... Tage\*) - unterbrochen worden.**

Siegel/ Stempel

....., den .....

(Ort) (Datum)

.....

(Unterschrift(en) der Leitung der Ausbildungsstätte)

---

\*) Nichtzutreffendes streichen.