

Bestätigung Supervision

Supervisand:in

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Mail: _____

Supervisor:in

Vorname: _____	Name: _____
Titel: _____	_____
Adresse: _____	_____
PLZ: _____	Ort: _____
Tel: _____	Mail: _____

Übersicht:

Termine	Einheiten	Bemerkungen	Anzahl Supervisand*innen (max 6)
<i>z.B. 23.12.2021</i>	<i>z.B. 2</i>	<i>z. B. Standortgespräch; Besprechung Fallbericht; Zielvereinbarung; Lehrsupervision</i>	

Termine	Einheiten	Bemerkungen	Anzahl Supervisor*innen (max 6)
Total Einheiten			

Inhalte, Themen

Bsp.: Thematisiert wurden jeweils der ganze Prozess von der Anmeldung bis zur Massnahmenplanung und –Umsetzung. Dabei wurden die jeweiligen Perspektiven der einzelnen involvierten Personen, deren Bedürfnisse und Erwartungen sowie die daraus entstehende notwendige Informationssammlung und Diagnostik besprochen.

Eignung

Gerne bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass oben genannte*r Supervisor*in bei mir in Lehrsupervision war, und dass ich keine Hinweise finden konnte, welche obgenannte Person für die kinder- und jugendpsychologische Tätigkeit als ungeeignet erscheinen lassen.

Ort, Datum:

Unterschrift Supervisor:in