

Bezeichnung der Ausbildungsstätte

.....  
.....  
.....  
.....

**Anlage 2**

(zu § 1 Abs. 4)

## **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

Beginn der praktischen Tätigkeit: .....

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.**

**Datenschutzhinweis**

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link <https://www.lids.sachsen.de/datenschutz> sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Siegel/ Stempel

....., den .....  
(Ort) (Datum)

\*) Nichtzutreffendes streichen.

.....  
(Unterschrift(en) der Leitung der Ausbildungsstätte)