**Nachweis Supervision für die Anmeldung zur Höheren Fachprüfung**

Die Anforderungen an die Supervision sind im Reglement «Supervidierte komplementärtherapeutische Berufspraxis“ definiert. Der Supervisionsnachweis hat gemäss den Bestimmungen dieses Reglements zu erfolgen.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der untenstehenden Angaben.

Ort und Datum Unterschrift

**Einzelsupervision**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Anzahl Stunden | Name und Vorname der Supervisorin / des Supervisors in Blockschrift | Zulassung OdA KT\* | Unterschrift der Supervisorin / des Supervisors |
| ja | nein\*\* |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |

**Einzelsupervision (Fortsetzung)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Anzahl Stunden | Name und Vorname der Supervisorin / des Supervisors in Blockschrift | Zulassung OdA KT\* | Unterschrift der Supervisorin / des Supervisors |
| ja | nein\*\* |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |

**Gruppensupervision**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Anzahl Stunden | Name und Vorname der Supervisorin / des Supervisors in Blockschrift | Zulassung OdA KT\* | Unterschrift der Supervisorin / des Supervisors |
| ja | nein\*\* |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  |  |

\* siehe Liste der von der OdA KT zugelassenen Supervisorinnen und Supervisoren auf der Webseite der OdA KT

\*\* Deutschsprachigen Therapeutinnen und Therapeuten werden Supervisionen, die vor dem 01.01.2017 bei nicht OdA KT zugelassenen Personen in Anspruch genommen wurden, angerechnet. Die Qualifikation der nicht zugelassenen Supervisorinnen / Supervisoren muss der Anmeldung zur Höheren Fachprüfung beigelegt werden (Diplome, Ausbildungen resp. Tätigkeiten im Bereich der Supervision, Zulassung als SupervisorIn eines Methodenverbandes etc.).