An die PKSH

Fax Nr.: 0431 / 661199-5

Absender: ……

Adresse: ……

Akkred.-Nr. ……..

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Sammelbestätigung für □ Intervisions-, □ (Selbsterfahrung-, □ Balint)- und □ Supervisior/In

T-Nr.	Name, Vorname	Anschrift
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Jahr:_____(jährlich bei der PKSH einreichen)

Datum	Zeit (von – bis)	Punkte je Veranstaltung pro Teilnehmer										Unterschrift Leiter	Unterschrift weit. Teilnehmer
		T 1	T 2	T 3	T 4	T5	T 6	T 7	T 8	T 9	T 10		
Summe													

Stunden	¾	1½	2¼	3	3¾	4½	5¼	6	6¾	7½	8¼	9
Punkte	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14

*) 1 FE = eine ¾ Stunde; die vorstehende Übersicht enthält bereits die Zusatzpunkte!