



*Fragebogen für Supervisorinnen und Supervisoren für die Anerkennung im Einzelfall

(*von der Supervisorin oder dem Supervisor auszufüllen)

Name: des Supervisors/der Supervisorin	Vorname:	Geb.datum:
Titel: (lic./Dr.phil. dipl.psych. FH, anderer)	Universität: Hochschule:	Abschlussjahr:

*Praxis-/Büroadresse		
Institution:	Strasse:	PLZ/Ort:
Internet:	Telefon:	E-Mail:

*ist zugleich Privatadresse: ja

Privatadresse		
	Strasse:	PLZ/Ort:
	Telefon:	E-Mail:
Welche Adresse gilt als Korrespondenzadresse? (bitte ankreuzen)		
		<input type="checkbox"/> Praxis-/Büroadresse <input type="checkbox"/> Privatadresse

Welche(n) Fachtitel haben Sie?		
FachpsychologIn für Kinder- und Jugendpsychologie FSP <input type="checkbox"/>	FachpsychologIn für Psychotherapie FSP <input type="checkbox"/>	Andere: <input type="checkbox"/>
ausgestellt am:	ausgestellt am:	ausgestellt am:

Berufserfahrung als Kinder- und JugendpsychologIn <input type="checkbox"/> <i>bitte Zutreffendes</i>	
als Kinder- und JugendpsychiaterIn <input type="checkbox"/> <i>ankreuzen</i>	
<input type="checkbox"/> In Institution	Zeitraum von wann bis wann?
Wo? Bezeichnung / Pensum	
<input type="checkbox"/> In privater Praxis	Zeitraum von wann bis wann?
Wo? Bezeichnung / Pensum	
<input type="checkbox"/> Andere	Zeitraum von wann bis wann?
Wo? Bezeichnung / Pensum	

Verfügen Sie über eine fachspezifische Ausbildung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Supervision <input type="checkbox"/> Coaching <input type="checkbox"/> Organisationsentwicklung		Abschluss- jahr	<i>mit</i> oder <i>ohne</i> Zertifikat
Ausbildungsinstitution / Bezeichnung			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie		Abschluss- jahr	<i>mit</i> oder <i>ohne</i> Zertifikat
Ausbildungsinstitution / Bezeichnung			
<input type="checkbox"/> Andere		Abschluss- jahr	<i>mit</i> oder <i>ohne</i> Zertifikat
Welche? Bezeichnung / Ausbildungsinstitution			
Haben Sie die Anerkennung als SupervisorIn BSO?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, seit wann?			

Haben Sie Erfahrung in der Betreuung und/oder Supervision von Assistentinnen und Praktikanten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Supervision von Praktikanten und/oder AssistentInnen	Häufigkeit oder Anzahl Stunden	Zeitraum oder seit wann?
Wo? Bezeichnung		
<input type="checkbox"/> nur Betreuung von Praktikanten und/oder AssistentInnen <input type="checkbox"/> Andere oder ähnliche Tätigkeiten	Häufigkeit oder Anzahl Stunden	Zeitraum oder seit wann?
Wo? Bezeichnung		

Ergänzungen zum Fragebogen / Bemerkungen und evtl. weitere qualifizierende Angaben:

Name, Vorname und Adresse der Supervisorin oder des Supervisanden:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.	Ort und Datum:	Unterschrift der Supervisorin / des Supervisors:
--	----------------	--

Die AK-SKJP behält sich vor, bei Unklarheiten zusätzlich entsprechende Belege einzufordern.

Wir bitten um Rücksendung des vollständig ausgefüllten Fragebogens an:

**SKJP
Schweizerische Vereinigung für
Kinder- und Jugendpsychologie
Geschäftsstelle
4500 Solothurn**