**Übersicht zu theoretisch-praktischen Kursen (ÄrztInnen)**

**Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Blatt Nr.: 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Semes-****ter** | **Datum** | **Stunden-****anzahl****(à 45-60 Min.)** | **Thema** | **Kursleiter** |
| **1** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Gesamtstundenzahl****des 1. Semesters** |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Gesamtstundenzahl****des 2. Semesters** |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Gesamtstundenzahl****des 3. Semesters** |  |  |

**Übersicht zu theoretisch-praktischen Kursen**

**Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Blatt Nr.: 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Semes-****ter** | **Datum** | **Stunden-****anzahl****(à 45-60 Min.)** | **Thema** | **Kursleiter** |
| **4** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Gesamtstundenzahl****des 4. Semesters** |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Gesamtstundenzahl****des 5. Semesters** |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Gesamtstundenzahl****des 6. Semesters** |  | ***Gesamtstundenzahl à 45-60 Min.******(Semester 1-6)*** |  |

Übersicht zu theoretisch-praktischen Kursen

***Weitere bei der AIM besuchte Kurse ausserhalb des regulären Semesterprogramms***

**Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Blatt Nr.: 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Stunden-****anzahl****(à 45-60 Min.)** | **Thema** | **Kursleiter** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **Gesamtstundenzahl** |

Übersicht zu theoretisch-praktischen Kursen

***Weitere extern besuchte und von der AIM anerkannte Kurse***

Jede Bescheinigung enthält: Thema, Dozent u. Titel, Datum, Umfang Credits (à mind. 45 min.)

**Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Blatt Nr.: 4**

(weitere Seiten mit 4a, 4b... nummerieren)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Stunden-****anzahl****(à 45-60 Min.)** | **Thema** | **Kursleiter** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **Gesamtstundenzahl** |

**Übersicht zu Supervisionsstunden**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Blatt Nr.: 5**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zeitraum****(von-bis)****Monat / Jahr** | **Anzahl Stunden****(à 45-60 Min.)** | **Name des Supervisors** | **Einzel-supervision** | **Klein-gruppen-supervision** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Gesamtstundenzahl Kleingruppensupervisionen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gesamtstundenzahl Einzelsupervisionen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Übersicht zu Selbsterfahrungsstunden**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Blatt Nr.: 6**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zeitraum****(von-bis)****Monat / Jahr** | **Anzahl Stunden****(à 45-60 Min.)** | **Name des Selbsterfahrungsleiters** | **Einzelselbsterfahrung*****(jeweils Methode angeben)*** | **Gruppenselbsterfahrung*****(jeweils Methode angeben)*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Gesamtstundenzahl Gruppenselbsterfahrung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gesamtstundenzahl Einzelselbsterfahrung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Übersicht zu Behandlungsstunden**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Blatt Nr.: 7**

(weitere Seiten mit 7a, 7b... nummerieren)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patien-ten-kürzel** | **Alter** | **Geschlecht** | **ICD-10****Diagnose(n)** | **Zeitraum der Behandlung****(von-bis)****Monat / Jahr** | **Gesamt-anzahl Behand-lungs-stunden****(à 45-60 min)** | **davon Anzahl Stunden im Gruppen-, Paar- oder Familien-setting**  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Summe aller Behandlungsstunden** |  |  |

Name der Behandlungsinstitution:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Vorgesetzten u. dessen Funktion in der Behandlungsinstitution:

Datum u. Unterschrift des Vorgesetzten:

 (Stempel)

**Übersicht zu den 6 schriftlichen Falldokumentationen**

*Markieren Sie die Nummer der Falldokumentation mit einem Kreis zu der die* ***Videosequenz*** *aufgenommen wurde!*

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Blatt Nr.: 8**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Patienten-kürzel** | **Alter** | **Geschlecht** | **ICD-10****Diagnose(n)** | **Zeitraum der Behandlung****(von-bis)****Monat / Jahr** | **Gesamt-anzahl Behand-lungs-stunden****(à 45-60 min)** | **davon Anzahl Stunden im Gruppen-, Paar- oder Familien-setting** | **anonymisierte Begutachtung****(ankreuzen)** | **Annahme der Falldokumentation durch****(Name des Lehrtherapeuten)** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |