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									