

## Formulare zur Bestätigung von Ausbildungsinhalten aus PPP

In diesem Dokument können Sie die wichtigsten Formulare zur Bestätigung von Ausbildungsschritten Ihrer praktischen Ausbildung im Fachspezifikum PA/PaP finden. Diese ist in der **Ausbildungsordnung der SAP** geregelt und entspricht den Vorgaben des **§ 6 Abs. 2 PthG**, welcher lautet:

**(2) Der praktische Teil** hat in einer Gesamtdauer von zumindest 1600 Stunden, wobei zumindest 100 Stunden für eine Schwerpunktbildung in den unter Z 1 und 4 genannten Bereichen je nach methodenspezifischer Ausrichtung vorzusehen sind, jedenfalls folgende Inhalte zu umfassen:

1. Lehrtherapie, Lehranalyse, Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung in der Dauer von zumindest 200 Stunden;
2. Erwerb praktischer psychotherapeutischer Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang sowohl mit verhaltensgestörten als auch leidenden Personen unter fachlicher Anleitung eines zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigten Psychotherapeuten durch ein Praktikum in einer im psychotherapeutisch-psychozialen Feld bestehenden Einrichtung des Gesundheits- oder Sozialwesens in der Dauer von zumindest 550 Stunden, davon zumindest 150 Stunden innerhalb eines Jahres in einer facheinschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens, samt
3. begleitender Teilnahme an einer Praktikumssupervision in der Dauer von zumindest 30 Stunden;
4. psychotherapeutische Tätigkeit mit verhaltensgestörten oder leidenden Personen in der Dauer von zumindest 600 Stunden, die unter begleitender Supervision in der Dauer von zumindest 120 Stunden zu erfolgen hat.

- Inhalt:**
- 1.) Bestätigung der Lehranalyse**
  - 2.) Bestätigung des Psychotherapeutischen Praktikums**
  - 3.) Bestätigung der Praktikumssupervision**
  - 4.) Bestätigung des Praxisseminars**
  - 5.) Bestätigung der Lehrsupervision von Kontrollfällen**

Die jeweiligen Bestätigungen können Sie als einzelne Seiten dieses Dokuments ausdrucken, verwenden Sie bitte für jeden Ausbildungsschritt, beispielsweise mehrere Lehrsupervisionen, ein gesondertes Formular. Bei Fragen dazu können Sie sich gerne an Ihre Kandidatenvertretung oder auch an die Ausbildungsleitung wenden.

Salzburg, im Herbst 2021, für den SAP: H. Hagn

## Bestätigung der Lehranalyse

Hiermit bestätige ich Herrn / Frau .....  
Lehranalyse gem. § 6 Art. 2. 1 Psychotherapiegesetz

im Zeitraum von ..... bis .....

im Ausmaß von insgesamt ..... Stunden.

Lehranalytiker/in: .....

anerkannt als Lehranalytiker/in im SAP:  ja

.....  
Ort / Datum

Name / Stempel / Unterschrift

## Bestätigung des Psychotherapeutischen Praktikums

Hiermit bestätigen wir Herrn / Frau .....  
die Absolvierung des Psychotherapeutischen Praktikums gem. § 6 Art. 2. 2 Psychotherapiegesetz

im Zeitraum von ..... bis .....

im Ausmaß von insgesamt ..... Stunden.

Praktikumseinrichtung: .....

anerkannt als Praktikumseinrichtung durch das Bundesministerium:  ja

unter begleitender fachlicher Anleitung durch: .....

Eingetragene/r Psychotherapeut/in  ja  nein

.....

Ort / Datum

Name / Stempel / Unterschrift

## Bestätigung der Praktikumssupervision

Hiermit bestätige ich Herrn / Frau .....  
die Supervision des Psychotherapeutischen Praktikums gem. § 6 Art. 2. 3 Psychotherapiegesetz

im Zeitraum von ..... bis .....

im Ausmaß von insgesamt ..... Stunden.

Praktikumssupervisor/in: .....

anerkannt als Lehranalytiker/in des SAP:  ja

.....  
Ort / Datum

Name / Stempel / Unterschrift

## Bestätigung des Praxisseminars

Hiermit bestätige wir Herrn / Frau .....  
die erfolgreiche Absolvierung des Praxisseminars gem. der Ausbildungsordnung Psychoanalyse  
/Psychoanalytische Psychotherapie des SAP

am .....

Lehranalytiker/in: .....

anerkannt als Lehranalytiker/in im SAP:  ja

Lehranalytiker/in: .....

anerkannt als Lehranalytiker/in im SAP:  ja

.....

Ort / Datum

Name / Stempel / Unterschrift

## Bestätigung der Lehrsupervision von Kontrollfällen

Hiermit bestätige ich Herrn / Frau .....  
die Absolvierung von Lehrsupervision gem. § 6 Art. 2. 4 Psychotherapiegesetz

im Zeitraum von ..... bis .....

im Ausmaß von insgesamt ..... Stunden Einzel  Gruppe

Kontrollanalytiker/in: .....

anerkannt als Lehranalytiker/in und Kontrollanalytiker/in im SAP:  ja

.....  
Ort / Datum

Name / Stempel / Unterschrift