

An die
Wiener Psychoanalytische Akademie
Psychotherapeutisches Propädeutikum A-PP
Salzgries 16/3
1010 Wien

Bestätigung der Teilnahme an Selbsterfahrung

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

hat teilgenommen an:

Einzelselbsterfahrung

im Ausmaß von _____ Std.
in der Zeit von _____ bis _____ Monat, Jahr
in den Methoden _____

Gruppselbsterfahrung

im Ausmaß von _____ Std.
in der Zeit von _____ bis _____ Monat, Jahr
in den Methoden _____

Name TherapeutIn: _____

Adresse: _____

Therapierichtung: _____

In PsychotherapeutInnenliste eingetragen ja nein

Zusatzbezeichnung ja nein

Datum

Unterschrift und Stempel Therapeutin/Therapeut