

**Psychotherapeutisches Propädeutikum A-PP**

An die  
Wiener Psychoanalytische Akademie  
Psychotherapeutisches Propädeutikum A-PP  
Salzgries 16/5a  
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 Therapeut/in: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Therapierichtung: \_\_\_\_\_

In PsychotherapeutInnenliste eingetragen  ja  nein

Zusatzbezeichnung  ja  nein

Datum

Unterschrift und Stempel Therapeutin/Therapeut