**ANSØGNINGSSKEMA - læger**

Udvalget for Psykoterapeutiske Behandlingsmetoder

**ANSØGNING** VEDRØRER (sæt kryds):

|  |  |
| --- | --- |
| **SUPERVISOR** I PSYKOTERAPI2015 ORDNING | 1. Kognitiv adfærdsterapi: \_\_\_\_\_\_\_\_
2. Psykodynamisk terapi: \_\_\_\_\_\_\_\_
3. Systemisk terapi: \_\_\_\_\_\_\_\_
 |

|  |  |
| --- | --- |
| DATO:  |  |
| ANSØGERS NAVN: |  |
| STILLING |  |
| SPECIALE  |  |
| ADRESSE: |  |
| MAIL: |  |
| TELEFON: |  |

**Dokumentation vedr. ansøgning til Supervisor:**

**Teori (40 sessioner á 60 min.)**

**Generel supervisionsteori/ terapiretningsspecifik teori**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Antal timer: \_\_\_\_\_\_ | Uddannelse**: navn/sted** |
| 2.Antal timer:\_\_\_\_\_\_ | Uddannelse**: navn/sted** |
| 3.Antal timer:\_\_\_\_\_\_ | Uddannelse**: navn/sted** |

Udfærdigelse af artikel **eller** undervisning/foredrag om supervisionsteorier:

|  |  |
| --- | --- |
| Godkendt af uddannelsen | Dato:Godkendt af: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

**Eller:**

Afholdt foredrag:

|  |  |
| --- | --- |
| **Sted:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Målgruppe:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Antal deltagere:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Emne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Godkendt af: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

**Udøvet supervision (80 sessioner – max 20 som miljøterapi).**

|  |  |
| --- | --- |
| Antal sessioner: | Antal sessio­ner: |
| Perioder (fra/t­il dato): | Perioder (fra/t­il dato): |
| Individu­el/gruppe: | Individu­el/gruppe: |
| Terapimetode: | Terapimetode: |
| Uddannelses- eller ansættelsesin­stitution:dato:navn:  | Uddannelses- eller ansættelsesin­stitution:dato:navn: |

|  |  |
| --- | --- |
| Antal sessioner: | Antal sessio­ner: |
| Perioder (fra/t­il dato): | Perioder (fra/t­il dato): |
| Individu­el/gruppe: | Individu­el/gruppe: |
| Terapimetode: | Terapimetode: |
| Uddannelses- eller ansættelsesin­stitution:dato:navn:  | Uddannelses- eller ansættelsesin­stitution:dato:navn:  |

**Modtaget supervision af udøvet supervision (50 sessioner á 45 min)**

|  |  |
| --- | --- |
| Antal sessio­ner: | Antal sessio­ner: |
| Periode (fra/t­il dato): | Periode (fra/t­il dato): |
| Terapiretning: | Terapiretning: |
| Godkendt supervisor: | Godkendt supervisor: |
| Evt. navn/adresse på uddannelsen: | Evt. navn/adresse på uddannelsen: |

**Tjekliste for dokumentation der skal fremsendes:**

1. Bevis for godkendt Specialistuddannelse
2. Bevis for teori
3. Bevis for skriftlig opgave **inkl kopi af opgave\***
4. Bevis for udført supervision
5. Bevis for supervision på supervision

Disse scannes og vedhæftes i email, der stiles til DPS’ sekretær Lene Tilgreen Nielsen:

ltn@dadl.dk

|  |
| --- |
| **Evt. bemærkninger vedr. dokumentationen:**  |

\* **med henblik på at sikre ensartet kvalitet af det skriftlige arbejde samt sikre idebank til fremtidige kursister.**