****

## \*Fragebogen für Supervisorinnen und Supervisoren für die

## Anerkennung im Einzelfall

*(\*von der Supervisorin oder dem Supervisor auszufüllen)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: des Supervisors/der Supervisorin | Vorname: | Geb.datum: |
| Titel: (lic./Dr.phil.dipl.psych. FH, anderer) | Universität:Hochschule: | Abschlussjahr: |
|  |  |  |
| \*Praxis-/Büroadresse |  |  |
| Institution: | Strasse: | PLZ/Ort: |
| Internet: | Telefon: | E-Mail: |
| **\****ist zugleich Privatadresse:* ja □ |  |  |
| Privatadresse |  |  |
|  | Strasse: | PLZ/Ort: |
|  | Telefon: | E-Mail: |
| *Welche Adresse gilt als Korrespondenzadresse? (bitte ankreuzen)* |  | □ Praxis-/Büroadresse |
|  |  | □ Privatadresse |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Welche(n) Fachtitel haben Sie? |  |  |
| FachpsychologIn für Kinder-und Jugendpsychologie FSP | FachpsychologIn fürPsychotherapie FSP | Andere: |
| **□**ausgestellt am: | **□**ausgestellt am:  | ausgestellt am: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Berufserfahrung als Kinder- und JugendpsychologIn  **als Kinder- und JugendpsychiaterIn**  |  | 🗆 *bitte Zutreffendes*🗆 *ankreuzen* |
| **□ In Institution** |  | Zeitraumvon wann bis wann? |
| Wo? Bezeichnung / Pensum |  |  |
| **□ In privater Praxis** |  | Zeitraumvon wann bis wann? |
| Wo? Bezeichnung / Pensum |  |  |
| **□ Andere** |  | Zeitraumvon wann bis wann? |
| Wo? Bezeichnung / Pensum |  |  |
| Verfügen Sie über eine fachspezifische Ausbildung? |  |  **□ ja □ nein** |
| **□ Supervision □ Coaching****□ Organisationsentwicklung**  | Abschluss-jahr | ***mit*** oder ***ohne***Zertifikat |
| Ausbildungsinstitution / Bezeichnung |  |  |
| **□ Psychotherapie** | Abschluss-jahr | ***mit*** oder ***ohne***Zertifikat |
| Ausbildungsinstitution / Bezeichnung |  |  |
| **□ Andere** | Abschluss-jahr | ***mit*** oder ***ohne***Zertifikat |
| Welche? Bezeichnung / Ausbildungsinstitution |  |  |
| Haben Sie die Anerkennung als SupervisorIn BSO? |  **□ ja □ nein** |
| Wenn ja, seit wann? |  |

|  |
| --- |
| Haben Sie Erfahrung in der Betreuung und/oder Supervision von Assistentinnen und Praktikanten? □ ja □ nein |
| **□ Supervision von Praktikanten und/oder AssistentInnen**  | Häufigkeit oder Anzahl Stunden | Zeitraum oder seit wann? |
| Wo? Bezeichnung |  |  |
| **□ nur Betreuung von Praktikanten und/oder AssistentInnen****□ Andere oder ähnliche Tätigkeiten**  | Häufigkeit oder Anzahl Stunden | Zeitraum oder seit wann? |
| Wo? Bezeichnung |  |  |

|  |
| --- |
| **Ergänzungen zum Fragebogen / Bemerkungen und evtl. weitere qualifizierende** Angaben: |
|  |

**Name, Vorname und Adresse der Supervisandin oder des Supervisanden:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. | Ort und Datum: | Unterschrift der Supervisorin / des Supervisors: |

*Die AK-SKJP behält sich vor, bei Unklarheiten zusätzlich entsprechende Belege einzufordern.*

Wir bitten um Rücksendung des vollständig ausgefüllten Fragebogens an:

**SKJP**

**Schweizerische Vereinigung für**

**Kinder- und Jugendpsychologie**

**Geschäftsstelle**

**4500 Solothurn**