



Digitale Zusendung an
Frau Sophia Aliffi
sekretariat@dachverband-dbt.de

Name des Prüflings: _____

Nachweis über Teilnahme an Konsultationsteam (mind. 14-tägig)

Angestrebtes Zertifikat:

DBT-Therapeut

DBT-A-Therapeut

Hinweis:

Für DBT-Zertifizierung: Teilnahme mit dem supervidierten Fall an einem Konsultationsteam (Fall 1)

Für DBT-A-Zertifizierung: Teilnahme mit beiden supervidierten Fällen an einem Konsultationsteam (Fall 1 & Fall 2)

Fall 1: Name des Konsultationsteams

Teilnahmezeitraum (von MM/JJ – MM/JJ)

Fall 2: Name des Konsultationsteams

Teilnahmezeitraum (von MM/JJ – MM/JJ)

Ort, Datum

Unterschrift Prüfling