

Weiterbildung in individualpsychologischer Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

**NAME:**

**Theoretischer Teil** (mind. 200 Std.)

NR. **Literaturseminar** (mind. 130 Std.)

**Std. Anzahl**

1	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	0

**Frei gewählte Seminare** (mind 70 Std.)

Std.

	Std.		
	Std.		
	Std.		
	Std.		
	Std.		
	Std.	0	<b>Gesamt</b>

**Praktischer Teil** (mind. 400 Std.)

**Psychotherapeutische Arbeit mit Kinder- und Jugendlichen** (mind. 300 Std.)

Patient	Alter	Diagnose	Setting Kind und Eltern		
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	0 Gesamt

**Kontrollanalyse** (mind. 100 Std.)

Kontrollanalytiker/in	Unterschrift		
		Std.	
		Std.	
		Std.	
		Std.	

		Std.	
		Std.	0 <b>Gesamt</b>

**Fallpräsentationen**

1. Fallpräsentation am:	
2. Fallpräsentation am:	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Unterschrift

Datum

# Ergänzungsmodul für Säuglingspsychotherapie

**NAME:**

## Theoretischer Teil (mind. 40 Std.)

### Seminare zu Eltern-Kleinkind-Therapie (mind. 40 Std.)

	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	
	Std.	0 Gesamt

## Praktischer Teil (mind. 90 Std.)

### Psychotherapeutische Arbeit mit Säuglingen/Kleinkindern und deren Bezugspersonen (mind. 60 Std.)

Patient	Alter	Diagnose	Setting Kind und Eltern	
				Std.
				Std.
				Std.
				Std.

				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	
				Std.	0 Gesamt

**Kontrollanalyse (mind. 30 Std.)**

Kontrollanalytiker/in	Unterschrift	Std.	
		Std.	
		Std.	
		Std.	0 Gesamt

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Unterschrift

Datum