

Angaben Prüfungsteilnehmer/in **PP**

Name: _____

Adresse: _____

**Weiterbildungsstudiengang
Psychologische Psychotherapie
Universität Würzburg
Marcusstr. 9-11
97070 Würzburg
Tel. 0931-3180700
Fax 0931-3180700-0**

Falldokumentation für die Staatliche Prüfung

Angaben Patient/in **Code:** (Buchstabe mit Geburtsjahr)

Alter, Geschlecht	
Beruf(stätigkeit)	

Angaben zur Therapie **verhaltenstherapeutisch**

Diagnosen	
Institution	
Anzahl Therapiesitzungen	
Behandlungszeitraum	

Angaben zur Supervision/Selbsterfahrung

Verantwortliche/r Supervisor/in	Unterschrift:
Anzahl Supervisionen	
Selbsterfahrungsanleiter/in	

Hiermit erkläre ich, dass ich die hier vorgestellte psychotherapeutische Behandlung selbstständig durchgeführt, dokumentiert und dargestellt habe.

Datum

Ausbildungsteilnehmer/in

Der Behandlungsverlauf wurde mit Erfolg dokumentiert.
Die Falldarstellung wird als Prüfungsfall nach §7 Abs. 2 Nr. 4 der Ausbildungs- u. Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten angenommen.

Datum

- Stempel-

Vertreter des Ausbildungsinstituts