



Wechsel der/des Supervisor/in / Abbruch der Supervision

Die/der Patient/in _____, geb. _____,
in Behandlung bei Therapeut/in _____,
Schwerpunkt _____ Jahrgang _____,
wird ab dem _____
nicht mehr von Frau/Herrn _____
supervisorisch begleitet.

Ab dem _____ werden bei Frau / Herrn _____

Supervisionsstunden genommen.

Hiermit geht die supervisorische Verantwortung für den Behandlungsfall
automatisch auf die/den zukünftige/n Supervisor/in über.

Datum / Unterschrift Therapeut/in

Datum / Unterschrift bisherige/r Supervisor/in

*Bei Rückfragen kann mich die/der zukünftige/r Supervisor/in erreichen unter
Tel.: _____.*

Datum / Unterschrift zukünftige/r Supervisor/in