



An den  
Dachverband DBT e.V.  
c/o AWP Berlin  
Frau Sophia Aliffi  
Tempelhofer Damm 227  
12099 Berlin

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