

Navn:
Cpr:
Email:

Dokumentation for Grunduddannelse i Psykoterapi

Dokumentation for grunduddannelse i psykoterapi ifølge Målbeskrivelsen 2024. Gældende for læger, der er startet Hoveduddannelse efter 1. januar 2024.

Navn:

Cpr. nr.:

Teori

Kursusbevis for gennemført grundkursus i psykoterapi vedhæftes.

Udøvet terapi og supervisionsopgørelse

| KAT | | | | | | |
|--------------|-----------------------------|--------|-----------------------------------|--------|-------------------------------|---|
| | Terapisessioner (min 30) | | Supervisionssessioner (min 30) | | | |
| Forløb nr | Individuel | Gruppe | Individuel | Gruppe | Antal m. Video (Min 10) | Info om og underskrift af supervisor |
| | | | | | | Dato: _____ Navn - blokbogstaver: <input type="checkbox"/> psykolog <input type="checkbox"/> psykiater Stilling: |
| | | | | | | Dato: _____ Navn - blokbogstaver: <input type="checkbox"/> psykolog <input type="checkbox"/> psykiater Stilling: |
| | | | | | | Dato: _____ Navn - blokbogstaver: <input type="checkbox"/> psykolog <input type="checkbox"/> psykiater Stilling: |

Navn:
Cpr:
Email:

Grunduddannelsen i Psykoterapi

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | Dato: <hr/> Navn - blokbogstaver: <input type="checkbox"/> psykolog <input type="checkbox"/> psykiater Stilling: |
| | | | | | | Dato: <hr/> Navn - blokbogstaver: <input type="checkbox"/> psykolog <input type="checkbox"/> psykiater Stilling: |
| | | | | | | Dato: <hr/> Navn - blokbogstaver: <input type="checkbox"/> psykolog <input type="checkbox"/> psykiater Stilling: |

Navn:
Cpr:
Email:

| Psykodynamisk | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------|--------------------------------|--------|-------------------------|--|
| Forløb nr | Terapisessioner (min 30) | | Supervisionssessioner (min 30) | | | Info om og underskrift af supervisor |
| | Individuel | Gruppe | Individuel | Gruppe | Antal m. Video (min 10) | |
| | | | | | | Dato: _____ Navn - blokbogstaver: _____ <input type="checkbox"/> psykolog <input type="checkbox"/> psykiater Stilling: _____ |
| | | | | | | Dato: _____ Navn - blokbogstaver: _____ <input type="checkbox"/> psykolog <input type="checkbox"/> psykiater Stilling: _____ |
| | | | | | | Dato: _____ Navn - blokbogstaver: _____ <input type="checkbox"/> psykolog <input type="checkbox"/> psykiater Stilling: _____ |
| | | | | | | Dato: _____ Navn - blokbogstaver: _____ <input type="checkbox"/> psykolog <input type="checkbox"/> psykiater Stilling: _____ |
| | | | | | | Dato: _____ Navn - blokbogstaver: _____ <input type="checkbox"/> psykolog <input type="checkbox"/> psykiater Stilling: _____ |

Navn:
Cpr:
Email:

| Total (sammentælling) | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------------|--------|---|
| | Terapisessioner (min 80) | | Supervisionssessioner (min 60) | | |
| | Individuel (min 40) | Gruppe (min 10) | Individuel (min 30) | Gruppe | Antal m. Video (min 10 i hver retning) |
| KAT | | | | | |
| Psykodyna misk | | | | | |

Dokumentation sendes til Birte Smidt, Klinikchef PCK

Birte.smidt@regionh.dk

Tlf: +45 26648822