

<u>Supervisand – Datenblatt</u>

Titel:		
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
PLZ, Ort:		
Straße:		
Arbeitsstelle:		
Position:		
Therapeutisch tätig seit:		
Telefon privat:		
Telefon dienstl.:		
Handy:		
Email:		
Studium:		
Therapieausbildungen / Institute:		
1.	Von:	Bis:
2.	Von:	Bis:

Haben sie Erfahrungen mit Supervision gesammelt? Welche?								
Nehmen	Sie an Superv	risionen in ei	ner Ausbildu	ıng teil? Wel	lche Ausbildur	ng? Gruppe?		
Einzelsupervision?								
Was erwarten Sie von einem Supervisor?								
Welche Stärken nehmen Sie bei sich als Therapeut / -in wahr?								
Weiche Starken henmen sie der sich als Therapeut / -in Wahr!								
Welche Schwächen sind Ihnen als Therapeut / -in bewusst?								
Wichtig für den Supervisor über mich zu wissen?								
Haben Sie Interesse an einer Gruppensupervision mit Kollegen?								
Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?								
Wann können Sie am besten? Bitte kreuzen Sie passende Felder an:								
	., .,	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag		
	Vormittag Nachmittag							
	Abend							
Datum be	eim Ausfüllen:	<u> </u>	1	l	L	L	l	

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Beginn der ersten Supervisionsstunde aus. Er hilft mir, mich auf Sie und die Supervisionsstunden gut vorzubereiten. Vielen Dank.