

## Formular Anerkennung Selbsterfahrungstherapeut:in

### Angaben Studierende:r

Name, Vorname	_____
Adresse	_____
Mailadresse	_____

### Angaben Selbsterfahrungstherapeut:in

Name, Vorname	_____
Adresse	_____
Studienabschluss, Titel	_____
CH-Fachtitel Psychotherapie	_____
Ausstellung Fachtitel: Monat/Jahr	_____
Weiterbildung in Psychotherapie, therapeutische Richtung	_____

#### Anforderungen an Selbsterfahrungstherapeuten:innen:

- Abgeschlossene postgraduale Weiterbildung
- CH-Fachtitel in Psychotherapie (FSP, SBAP, FMH, eidg. anerkannte/r Psychotherapeut:in)
- 5 Jahre Berufserfahrung ab Erhalt des Fachtitels Psychotherapie.

Ausgefülltes Formular bitte einsenden an [info@zsb-bern.ch](mailto:info@zsb-bern.ch).

### Rückmeldung ZSB

Anerkennung als Selbsterfahrungstherapeut:in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   Datum: _____ Visum: _____
Begründung / fehlende Angaben	_____