

## Formular Anerkennung Selbsterfahrungstherapeut:in MAS ZSB

### Angaben Studierende:r:

Name, Vorname	_____
Adresse	_____
Mailadresse	_____

### Angaben Selbsterfahrungstherapeut:in:

Name, Vorname	_____
Adresse	_____
Studienabschluss, Titel	_____
MAS Systemische Weiterbildung (falls vorhanden)	_____
Ausstellung CH-Fachtitel (falls vorhanden)	_____

### Anforderungen an Selbsterfahrungstherapeuten:innen:

- Abgeschlossene Systemische Weiterbildung im Umfang eines MAS oder
- CH-Fachtitel in Psychotherapie (FSP, SBAP, FMH, eidg. anerkannte:r Psychotherapeut:in)

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

### Rückmeldung Studienleitung ZSB

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