# Bestätigung der Kontroll-Psychotherapie

Name des/der Lehranalytikers/in:

Hiermit wird die Durchführung der Kontroll-Psychotherapie von

Name des/der Kandidaten/in:

im Zeitraum von bis bestätigt.

Anzahl der Kontrollstunden:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum, Unterschrift Lehranalytiker/in |  |  |