



Berufsverband der  
TanztherapeutInnen  
Deutschlands e.V.

**Bestätigung über Durchführung und Supervision von Therapieverlauf 1  
für die Anerkennung als LehrtherapeutIn BTD**

TanztherapeutIn (Name der AntragstellerIn): \_\_\_\_\_

Therapieverlauf 1 (mindestens 15 Std., 1/3 muss Einzeltherapie sein):

Zeitraum (Datum: von...bis) \_\_\_\_\_

Anzahl der Therapie-Einheiten: Gruppe: \_\_\_\_\_, Einzel: \_\_\_\_\_

Behandlung ambulant oder klinisch: \_\_\_\_\_

Diagnose bzw. Problemstellung der PatientIn/KlientIn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass o.g. Therapieverlauf wie angegeben durchgeführt wurde:

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift AntragstellerIn: \_\_\_\_\_

Unterschrift Institution/Klinik (falls Behandlung klinisch) \_\_\_\_\_

Unterschrift SupervisorIn (falls Behandlung ambulant) \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich den o.g. Therapieverlauf supervidiert habe und mir eine Verlaufsdocumentation des Therapieverlaufs vorgelegt wurde.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Supervisor: \_\_\_\_\_



Berufsverband der  
TanztherapeutInnen  
Deutschlands e.V.

## Bestätigung über Durchführung und Supervision von Therapieverlauf 2 für die Anerkennung als LehrtherapeutIn BTD

TanztherapeutIn (Name der AntragstellerIn): \_\_\_\_\_

Therapieverlauf 2 (mindestens 15 Std., 1/3 muss Einzeltherapie sein):

Zeitraum (Datum: von...bis) \_\_\_\_\_

Anzahl der Therapie-Einheiten: Gruppe: \_\_\_\_\_, Einzel: \_\_\_\_\_

Behandlung ambulant oder klinisch: \_\_\_\_\_

Diagnose bzw. Problemstellung der PatientIn/KlientIn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass o.g. Therapieverlauf wie angegeben durchgeführt wurde:

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift AntragstellerIn: \_\_\_\_\_

Unterschrift Institution/Klinik (falls Behandlung klinisch) \_\_\_\_\_

Unterschrift SupervisorIn (falls Behandlung ambulant) \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich den o.g. Therapieverlauf supervidiert habe und mir eine Verlaufsdocumentation des Therapieverlaufs vorgelegt wurde.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Supervisor: \_\_\_\_\_

Benedikt-Hagn-Str. 5 B  
80689 München

T 089 / 58 97 90 23  
F 089 / 54 66 24 32  
E info@btd-tanztherapie.de  
www.btd-tanztherapie.de

Stadtsparkasse München  
IBAN: DE50 7015 0000 1000  
5655 21  
BIC: SSKMDEMM

Amtsgericht Frankfurt a. M.  
VR 10923