

**Bestätigung für Beobachtungsstunden
im WPF IG
an der SFU Ambulanz**

Name:

Matrikelnummer:

Datum:

Anzahl und Art der Beobachtungseinheiten:

Name des/der TherapeutIn:

Methode: Integrative Gestalttherapie

Unterschrift TherapeutIn:

Unterschrift StudentIn: