

## Klient\*innen-Dokumentation für die EMDR Zertifizierung zum Practitioner/Practitioner C & A

Therapeut\*in bzw. Behandler\*in .....

Zeitraum der Therapien/Behandlungen .....

Supervisor\*innen (SV) .....

Nr.	Kürzel/ Code	Alter d. Klient*in bei Beginn der Therapie	Diagnose lt. ICD 10	Beginn und Ende der Therapie/Behandlung	Anzahl der Therapie- Einheiten gesamt	Anzahl der Therapie- Einheiten mit EMDR Reprozessieren	Bestätigung durch Unterschrift der/des Supervisor*in, dass der Fall eingebracht wurde und in welcher Form („mit Protokollen“, „live“, „Video“) - bei mind. 10 Klient*innen durch Unterschrift der/des SV
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Nr.	Kürzel/ Code	Alter Klient*in	Diagnose lt. ICD 10	Beginn und Ende der Therapie/Behandlung	Anzahl der Therapie- Einheiten gesamt	Anzahl der Therapie- Einheiten mit EMDR Reprozessieren	Bestätigung durch Unterschrift der/des Supervisor*in, dass der Fall eingebracht wurde und in welcher Form („mit Protokollen“, „live“, „Video“) - bei mind. 10 Klient*innen durch Unterschrift der/des SV
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

---

**Gesamtsummen**

--	--

Anmerkungen

.....

.....

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Angaben und habe die entsprechenden Dokumentationen vorliegen.**

.....  
Unterschrift des/der Antragsteller\*in

.....  
Datum