

Beiblatt zum Zertifikat vom \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name der/des Weiterbildungsteilnehmenden

\_\_\_\_\_  
Name der Rehabilitationseinrichtung

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

Hiermit wird bescheinigt, dass die/der o.g. Weiterbildungsteilnehmende

- im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
als Co-Therapeut/-in in unserer Rehabilitationseinrichtung im Umfang von  
\_\_\_\_\_ Stunden pro Woche beschäftigt ist/war.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Rehabilitationseinrichtung

Bei Zulassung zur Weiterbildung **bis zum 10.02.2021** bitte nachfolgende Möglichkeiten **zusätzlich** bescheinigen, wenn die Beschäftigung als Co-Therapeut/-in nicht oder nicht die gesamte Zeit während Weiterbildung bestand. Dies gilt auch bei Weiterbildungsteilnehmenden in von der Renten- und Krankenversicherung anerkannten Suchtnachsorgeeinrichtungen unabhängig vom Datum der Zulassung zur Weiterbildung.

Hiermit wird bescheinigt, dass die/der o.g. Weiterbildungsteilnehmende

- als Co-Therapeut/-in 200 Stunden suchtherapeutische Tätigkeit (Gruppen- und Einzeltherapie) (inklusive Durchführung mit Vor- und Nachbereitung) durchgeführt hat.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Rehabilitationseinrichtung