



## **Schlussgespräch: SSMH Fähigkeitsausweis**

Datum:

Name:

Fachgebiet:

Beginn der Ausbildung:

Beurteilung des Kurses:

Kritik und Verbesserungsvorschläge:

Testatbuch:

Intervision:

Supervision:

Arbeit mit Patienten:

Fallbeschreibung:

Aktive Mitarbeit in der SSMH: