**Intervisieverklaring t.b.v. Herregistratie**

Continuerende intervisie (of supervisie) is een verplicht onderdeel van de herregistratieprocedure. MBT behandelaren die werkzaam zijn in een MBT-programma waarbij methodespecifieke teamintervisie en/of teamsupervisie een vast onderdeel vormt, voldoen aan deze verplichting als zij deelnemen aan deze teamonderdelen. Wanneer men niet werkzaam is een MBT behandelprogramma dient men zelf zorg te dragen voor continuerende MBT supervisie bij een erkende supervisor en/of MBT-intervisie met andere geregistreerde MBT behandelaren. Wanneer voor herregistratie gekozen is voor de optie *continuerende supervisie* dient de ‘Supervisorverklaring – Herregistratie’ te worden ingevuld. Wanneer gekozen wordt voor herregistreren middels *continuerende intervisie* dient Deel 1 of Deel 2 van onderstaande verklaring ingediend te worden.

Deel 1 wanneer teamintervisie en/of teamsupervisie gevolgd is als behandelaar binnen een MBT behandelprogramma

Deel 2 wanneer methode-specifieke MBT intervisie gevolgd is niet ingebed in een MBT programma

**DEEL 1**

*Verklaring deelname methode-specifieke teamintervisie en/of teamsupervisie als onderdeel van een MBT behandelprogramma.*

**Deelnemer**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: |       |
| Opgenomen in het MBT-Register als:  | * MBT Therapeut
* MBT Sociotherapeut
* MBT Vaktherapeut
* MBT Systeemtherapeut
 |
| Registratienummer  |       |
| Werkzaam bij (organisatienaam) |       |
| Omschrijving MBT programma |       |
| Periode/duur van de werkzaamheden |       |
| Verklaart minimaal 4 keer per jaar te hebben deelgenomen aan teamintervisie en/of teamsupervisie | * ja
* nee
 |
|  |  |

**Voor akkoord**

Aldus naar waarheid opgemaakt te: datum:

Handtekening deelnemer Mede-ondertekening leidinggevende

Stempel organisatie

**DEEL 2**

*Verklaring deelname methode-specifieke intervisie wanneer dit niet ingebed is in een organisatie.*

**Deelnemers Intervisie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Naam** | **MBT Registratie\*** | **Registratienr.** | **Handtekening** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* vul in: MBT Basistherapeut, MBT Therapeut, MBT Sociotherapeut, MBT Vaktherapeut en/of MBT Systeemtherapeut

**Intervisiebijeenkomsten**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Duur** | **Onderwerpen** | **Afwezigen** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |