



# STICHTING HERSENSTIMULATIE

## Verklaring gegeven en ontvangen supervisie voor rTMS accreditatie

### 1. Gegevens supervisor

Naam \_\_\_\_\_

BIG- of ander registratienummer \_\_\_\_\_

### 2. Gegevens supervisant

Naam \_\_\_\_\_

BIG- of ander registratienummer \_\_\_\_\_

### 3. Gegevens supervisie

Soort supervisie  Individuele supervisie  
 Groepssupervisie, aantal supervisanten: \_\_\_\_\_ (max. 5)

Tijdvak \_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_ (dd-mm-jjjj)

Locatie & type apparatuur supervisie \_\_\_\_\_

Specificeer de genoten supervisie:

Aantal besproken cliënten \_\_\_\_\_

Aantal gesuperviseerde therapie sessies \_\_\_\_\_

Aantal uren praktische supervisie \_\_\_\_\_

Overige \_\_\_\_\_

### 4. Verklaring en ondertekening supervisor en supervisant

Hierbij verklaren de supervisor en de supervisant

- dat de supervisie heeft plaatsgevonden conform het gestelde in het registratiereglement
- dat de supervisor voldoende vertrouwen heeft in adequate, veilige en effectieve toepassing van neuromodulatie door supervisant
- dat deze verklaring correct en naar waarheid is ingevuld.

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening supervisor

Handtekening supervisant