

## **Begleitung des „iFightDepression“ Online-Selbstmanagement-Tools: Bestätigung der Nutzung unter Supervision**

Für die Begleitung des „iFightDepression“ Selbstmanagement-Programms für Menschen mit leichten Depressionsformen durch Herrn/Frau\*  
\_\_\_\_\_ wird hiermit bestätigt, dass er/sie als  
\_\_\_\_\_ in unten benannter Einrichtung tätig ist.

Der Einsatz des Programms soll im Rahmen seiner/ihrer Tätigkeit als  
\_\_\_\_\_ erfolgen. Er wird unter Supervision einer approbierten Ärztin oder eines approbierten Arztes / approbierten Psychotherapeut/in\* sowie ausschließlich im Rahmen des Ausbildungsinstitutes / der Ambulanz / der teilstationären Versorgung / stationären Versorgung / bzw.  
\_\_\_\_\_ \* durchgeführt. „iFightDepression“ darf dabei nur für Patienten eingesetzt werden, die unabhängig vom online Selbstmanagement eine sachgerechte Behandlung erhalten.

Die Supervision übernimmt/übernehmen die nachfolgend genannte(n) Person(en). Sollten sich der Zustand des Patienten verschlechtern und/oder Fragen im Rahmen der Begleitung auftreten, kann er/sie sich an folgende Personen wenden.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel oder Name der Institution

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Guides

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Supervisor/Einrichtungsleiter