



JOHN-RITTMETESTER-INSTITUT FÜR PSYCHOANALYSE,  
 PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK  
 SCHLESWIG-HOLSTEIN E. V.

John-Rittmeister-Institut, Stresemannplatz 4, 24103 Kiel

1. VORSITZENDE:  
 Dr. med. Elisabeth Fenner  
 Holtenauer Str. 93, 24105 Kiel  
 Tel. 0151/52 58 14 10  
 els.fenner@t-online.de

2. VORSITZENDER:  
 Dirk Dieter Krebs  
 Fliegender Holländer 33, 24159 Kiel  
 Tel. 0431/ 386 76 534  
 praxis.krebs@gmx.de

SEKRETARIAT:  
 Melanie Johannsen  
 Stresemannplatz 4, 24103 Kiel  
 Tel. 0431/888 62 95  
 sekretariat@john-rittmeister-institut.de  
 www.john-rittmeister-institut.de

AUSBILDUNGSKOORDINATORIN:  
 Vanessa Schuppert  
 Stresemannplatz 4, 24103 Kiel  
 info@j-r-i.de

## Zweitsichtbescheinigung

Der Patient/die Patientin, der/die Jugendliche, das Kind **Chiffre-Nr.:** .....

wurde von mir in einem ausführlichen psychodiagnostischen Interview untersucht.

Er/Sie soll von Herrn/Frau .....

im Rahmen dessen/derer Aus-/Weiterbildung am John-Rittmeister-Institut (DGPT) mit einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie/analytischen Psychotherapie/Kurzzeittherapie behandelt werden.

Diese Behandlung ist nach meinem Dafürhalten indiziert bezüglich Krankheitswert, Leidensdruck, Introspektionsfähigkeit und Fähigkeit zur therapeutischen Ich-spaltung sowie hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit.

Hinsichtlich Symptomatologie und Art der Störung erscheint die Behandlung als Ausbildungs- bzw. Weiterbildungstherapie geeignet. Die Gefahr maligner Regression besteht nach meiner Einschätzung nicht. Suizidalität liegt nicht vor.

Die Behandlung wird unter regelmäßiger Supervision stattfinden.

....., den .....  
 (Unterschrift Zweitsichter/Zweitsichterin)

Procedere: Die Bescheinigung ist jedem Erstantrag beizufügen  
 Formular der Ambulanz des John-Rittmeister-Instituts Kiel (1/10)

STEUERNUMMER  
 20 291 87761

BANKVERBINDUNG:  
 Postbank Hamburg  
 Konto 960 868 208, Bankleitzahl 200 100 20  
 IBAN: DE67 2001 0020 0960 8682 08  
 BIC: PBNKDEFF