



Studiengang: B.Sc. Psychologie

Modul Klinisches Praktikum (82-132-PSY50-H-0920)

Berufsqualifizierende Tätigkeit I nach § 15 der PsychThApprO

Praktikumsbestätigung

Name der/des Studierenden:

Nachname: _____ Vorname: _____

Matrikel-Nr.: _____ Fachsemester: _____

Institution, an der das Praktikum durchgeführt wurde (ggf. Abteilung):

Name (Institution): _____

Dauer des Praktikums (Datum von – bis): _____

in Wochen: _____ Gesamtvolumen in Stunden: _____

Von der Praktikumsstelle auszufüllen:

Bei unserer Einrichtung handelt es sich um eine:

- Einrichtung der psychotherapeutischen, psychiatrischen, psychosomatischen oder neuropsychologischen Versorgung
- Einrichtung der Prävention oder der Rehabilitation, die mit den eben genannten Einrichtungen vergleichbar sind
- Einrichtung für Menschen mit Behinderungen
- Einrichtung in sonstigen Bereichen der institutionellen Versorgung

- Ich bestätige, dass in der oben genannten Einrichtung / in dem oben genannten Bereich während des Praktikums Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig waren.
- Ich bestätige die Praktikumsstätigkeit / Dauer wie oben angegeben (die Tätigkeit hatte einen Umfang von mind. 6 Wochen Vollzeit)

Weiter bestätige ich, dass die Praktikantin/der Praktikant während des Praktikums folgende Einblicke erhalten, bzw. folgende Erfahrungen erworben hat:

- Erwerb erster praktischer Erfahrungen in spezifischen Bereichen der psychotherapeutischen Versorgung
- Erlangung grundlegender Einblicke in die institutionellen, rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung



- Erkennen der Rahmenbedingungen und der Aufgabenverteilung in der interdisziplinären Zusammenarbeit und entsprechend der Aufgabenverteilung angemessenes Zusammenarbeiten mit den verschiedenen Berufsgruppen
- Entwickeln und Anwenden grundlegender Kompetenzen in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie anderen beteiligten Personen oder Berufsgruppen

Name Betreuer/ -in: _____

Berufsbezeichnung und Funktion: _____

Ort/Datum

Unterschrift (Betreuer/-in, Leiter/-in)

Stempel

Vom Lehrstuhl auszufüllen!

Eingangsdatum Praktikumsbericht und Bestätigungsformular: _____

Nach Ableistung der berufspraktischen Tätigkeit und Abgabe des Praktikumsberichtes wird die Leistung gemäß der B.Sc. Psychologie Prüfungsordnung als

6 wöchiges Praktikum anerkannt. Das Modul (82-132-PSY50-H-0920) gilt als bestanden.

Das Klinische Praktikum als Berufsqualifizierende Tätigkeit I nach § 15 der PsychThApprO ist erfüllt.

Ort/Datum

Unterschrift Dozent/-in