

## Praktikumsbescheinigung für das Orientierungspraktikum

Gemäß § 2 (9) der fachspezifischen Prüfungsordnung der Praktikumsordnung und gemäß § 14 der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO).

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ MatrikelNr.: \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Bezeichnung der Praxisstelle: \_\_\_\_\_

Anschrift der Praxisstelle: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

- In der Praxisstelle sind tätig
- Psychologische Psychotherapeut\*innen
  - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen
  - Psychotherapeut\*innen (gemäß der PsychThApprO 2020)

Betreuer/-in: \_\_\_\_\_

Qualifikation:  Abschluss Diplom Psychologie oder Master Psychologie<sup>1</sup>

Hiermit wird bescheinigt, dass o.g. Studierende/r in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ ein Praktikum im Umfang von mindestens **150 Stunden** abgeleistet hat.

Aufgaben und Inhalte
<input type="checkbox"/> Erwerb praktischer Erfahrungen in allgemeinen Bereichen zur Gesundheits- und Patientenversorgung
<input type="checkbox"/> Einblicke in die berufsethischen Prinzipien sowie in die institutionellen, rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der Patientenversorgung
<input type="checkbox"/> Kenntnisse über grundlegende Strukturen interdisziplinärer Zusammenarbeit sowie struktureller Maßnahmen zur Patientensicherheit

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Verantwortliche/r der Praxisstelle

Nur von dem/der Praktikumsbeauftragten auszufüllen

Das Praktikum wurde mit einem Reflexionsbericht abgeschlossen und ist  bestanden  nicht bestanden

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praktikumsbeauftragte/r des Studiengangs

<sup>1</sup> Wenn die betreuende Person die KJP-Approbation hat, ist ein Psychologie-Abschluss im Erststudium nicht zwingend notwendig