



Gültig für
FSPO 2021

Praktikumsbescheinigung Berufsqualifizierende Tätigkeit (BQT-I) nach § 15 PsychThApprO

Frau / Herr (Name, Vorname)

Matrikelnummer

Uni-Ulm-Mailadresse@uni-ulm.de

geboren in am

wohnhaft in

hat im Zeitraum von bis

in/bei (Name, Art & Adresse der Einrichtung)

.....

ein Praktikum entsprechend der Berufsqualifizierenden Tätigkeit I nach § 15 PsychThApprO absolviert.

Zu Beginn des Praktikums hatte die studierende Person min. 60 LP erworben.

Das Praktikum wurde durchgeführt in:

im Block: Wochen mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von
..... Stunden (min. 6 Wochen und mind. 240h).

studienbegleitend: Wochen mit einer (durchschnittlichen) wöchentlichen Arbeitszeit
von Stunden (insg. mind. 240h).

Das Praktikum hatte einen Gesamtumfang von Arbeitsstunden.

Hiermit wird demnach bescheinigt, dass o.g. Studierende/r die BQT-I **im Gesamtumfang von mindestens 240 Arbeitsstunden** abgeleistet hat.

Ausgeführte Tätigkeiten:

.....
.....
.....
.....
.....

Das Praktikum erfüllt die folgenden Kriterien:

- Es wurden grundlegende Einblicke in die institutionellen, rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vermittelt.
- Es wurden Rahmenbedingungen und Aufgabenverteilung der interdisziplinären Zusammenarbeit aufgezeigt und die Studentin/der Student arbeitete mit verschiedenen Berufsgruppen zusammen.
- Die Studentin/der Student hatte die Möglichkeit zur Anwendung grundlegender Kompetenzen in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie mit anderen beteiligten Personen oder Berufsgruppen.
- Die Betreuerin / der Betreuer (Name in Druckbuchstaben)
des Praktikums ist approbierte*r
 - (Psychologische*r) Psychotherapeut*in
 - Kinder- und Jugendpsychotherapeut*inund war inhaltlich und qualitätssichernd für die Ausgestaltung und das Monitoring der Praktikumsstätigkeit verantwortlich. (Bitte beachten Sie: Ärztliche Psychotherapeut*innen sind hierbei nicht zu berücksichtigen.)

Die Praktikumsstätte ist eine Einrichtung

- 1. der psychotherapeutischen, psychiatrischen, psychosomatischen oder neuropsychologischen Versorgung,
- 2. der Prävention oder Rehabilitation, die mit den in Nr. 1 genannten Einrichtungen vergleichbar ist,
- 3. für Menschen mit Behinderungen,
- 4. in einem sonstigen Bereich der institutionellen Versorgung.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Einrichtungsleitung oder der
Betreuerin/des Betreuers (approbierte*r Psychotherapeut*in bzw.
Kinder- und Jugendpsychotherapeut*in)