



Gültig für
FSPO 2021

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

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 insg. 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*der Studierende arbeitete mit verschiedenen Berufsgruppen zusammen.
- Die*der Studierende hatte die Möglichkeit zur Anwendung grundlegender Kompetenzen in der Kommunikation mit Patient*innen sowie mit anderen beteiligten Personen oder Berufsgruppen.
- Die*der Betreuer*in (Name in Druckbuchstaben)
des Praktikums ist approbierte*r
☐ (Psychologische*r) Psychotherapeut*in
☐ Kinder- und Jugendpsychotherapeut*in
und 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 der Einrichtung und Unterschrift der Einrichtungsleitung oder der Betreuerin oder des Betreuers (approbierte*r Psychotherapeut*in bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeut*in)