



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