



Gültig für

## Praktika gemäß der PsychThApprO (Nachqualifizierung)

### Praktikumsbescheinigung Orientierungspraktikum nach § 14 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 des Orientierungspraktikums nach § 14 PsychThApprO absolviert.

Das Praktikum wurde durchgeführt in:

Vollzeit (..... Wochen mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von ..... Stunden)

Teilzeit (..... Wochen mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von ..... Stunden)

Das Praktikum hatte einen Gesamtumfang von ..... Arbeitsstunden.  
(Hinweis: OP insg. mind. 4 Wochen / 150h).

Ausgeführte Tätigkeiten:

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte Rückseite beachten.



Das Praktikum erfüllt die folgenden Kriterien:

- Im Praktikum wurden erste Einblicke in berufsethische Prinzipien sowie institutionelle, rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen der Patientenversorgung vermittelt.
- Im Praktikum wurde in grundlegende Strukturen der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie strukturelle Maßnahmen zur Patientensicherheit eingeführt.
- Die Praktikumsstätte entspricht einer interdisziplinären Einrichtung der Gesundheitsversorgung oder einer anderen Einrichtung, in der Beratung, Prävention oder Rehabilitation zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit durchgeführt werden.
- An der Praktikumsstätte ist mindestens ein\*e approbierte\*r

(Psychologische\*r) Psychotherapeut\*in

Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*in

tätig. (Bitte beachten Sie: Ärztliche Psychotherapeut\*innen sind hierbei nicht zu berücksichtigen.)

Name der/des Approbierten (in Druckbuchstaben):.....

Die Betreuerin / der Betreuer verfügt über einen Abschluss in Psychologie (M.Sc. oder Diplom) oder eine fachärztliche Ausbildung in Psychiatrie oder Psychosomatik oder eine Approbation als (Psychologische\*r)

Psychotherapeut\*in oder Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*in:  ja  nein

---

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Einrichtungsleitung oder der  
Betreuerin/des Betreuers