



Gültig für

## Praktika im Rahmen der Nachqualifizierung

### 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 den Kriterien der BQT-I nach § 15 PsychThApprO absolviert.

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

Das Praktikum fand in  Vollzeit /  Teilzeit mit ..... Wochenstunden statt.

Die gesamte Zeitdauer des Praktikums betrug in Vollzeit: ..... Wochen.

Teilzeit: ..... Stunden, das entspricht in der genannten

Organisation ..... Wochen.

Die in der Organisation geltende Wochenarbeitszeit für eine Vollzeitkraft beträgt ..... Stunden.

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\*in

und war inhaltlich und qualitätssichernd für die Ausgestaltung und das Monitoring der  
Praktikumstätigkeit verantwortlich.

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)