



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:

Vollzeit (min. 6 Wochen und min. 240h)

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

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\*in
- und war inhaltlich und qualitätssichernd für die Ausgestaltung und das Monitoring der Praktikumstätigkeit 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)