



Gültig für
FSPO 2021

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 (min. 4 Wochen und min. 150h)

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

Das Praktikum hatte einen Gesamtumfang von Arbeitsstunden.

Hiermit wird demnach bescheinigt, dass o.g. Studierende/r das Orientierungspraktikum **im Gesamtumfang von mindestens 150 Arbeitsstunden** abgeleistet hat.

Ausgeführte Tätigkeiten:

.....

.....

.....

.....

.....

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