

Bestätigung über die Erfüllung der Anforderung als
Berufsqualifizierende Tätigkeit I - Einstieg in die Praxis der Psychotherapie
nach § 15 der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
(PsychThApprO) vom 4. März 2020

Persönliche Daten:

Name:

E-Mail:

Matrikelnummer: Beginn Studium (Jahr):

Praktikum:

Institution:

Adresse:

Zeitraum: vom bis

Blockpraktikum, Dauer (mind. 6 Wochen und 2 Tage bzw. 240 Stunden):

Studienbegleitendes Praktikum, Dauer (mindestens 240 Stunden):

*Wird von der/dem Betreuer*in der Berufsqualifizierenden Tätigkeit I ausgefüllt
(Zutreffendes bitte ankreuzen):*

1) Erreichte Ziele und durchgeführte Tätigkeiten der Berufsqualifizierenden Tätigkeit I:

Die/der Praktikant*in

- erwarb erste praktische Erfahrungen in spezifischen Bereichen der psychotherapeutischen Versorgung und
- erhielt grundlegende Einblicke in die institutionellen, rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Die/der Praktikant*in wurde zudem befähigt,

- die Rahmenbedingungen der und die Aufgabenverteilung in der interdisziplinären Zusammenarbeit zu erkennen und entsprechend der Aufgabenverteilung angemessen mit den verschiedenen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und
- grundlegende Kompetenzen in der Kommunikation mit Patient*innen sowie mit anderen beteiligten Personen oder Berufsgruppen zu entwickeln und anzuwenden:

ja nein

2) **Einrichtung:** Die Berufsqualifizierende Tätigkeit I fand statt in:

- einer Einrichtung der psychotherapeutischen, psychiatrischen, psychosomatischen oder neuropsychologischen Versorgung;
- einer Einrichtung der Prävention oder der Rehabilitation, die mit der zuvor genannten Einrichtung vergleichbar ist;
- einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen;
- sonstigen Bereichen der institutionellen Versorgung.

In der Praktikums Einrichtung sind tätig (mindestens eine Berufsgruppe):

- Psychologische Psychotherapeut*innen,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen.

3) Die **Praktikumsbetreuung** erfolgte unter qualifizierter Anleitung durch:

Name:

Funktion/Position, Berufsbezeichnung:

Hiermit bestätigt die/der Betreuer*in die Angaben in diesem Formular.

Ort und Datum

Unterschrift Betreuer*in, Stempel der Einrichtung