

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:

Name der Institution:

Art der Institution:

Adresse:

Zeitraum: vom

bis

☐ Blockpraktikum, Dauer (Vollzeit, insgesamt 240 Stunden):

☐ Studienbegleitendes Praktikum / Teilzeit, Dauer (insgesamt 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):

- ☐ Approbierte Psychotherapeut*innen (Name der/ des Beschäftigten):

- ☐ Psychologische Psychotherapeut*innen (Name der/ des Beschäftigten):

- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (Name der/ des Beschäftigten):

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 Einrichtungsleitung,
Stempel der Einrichtung