

Bestätigung über die Erfüllung der Anforderungen eines  
**Praktikums als Orientierungspraktikum**  
nach § 14 der Approbationsordnung für Psychotherapeut\*innen  
(PsychThApprO) vom 4. März 2020

**Persönliche Daten:**

Name:

E-Mail:

Matrikelnummer:

Beginn Studium (HWS/FSS Jahr):

**Praktikum:**

Institution:

Adresse:

Zeitraum: vom

bis

☐ Blockpraktikum, Dauer (Vollzeit, insgesamt 150 Stunden):

☐ Studienbegleitendes Praktikum / Teilzeit, Dauer (150 Stunden):

---

Dieser Teil ist von der/dem Betreuer\*in des Orientierungspraktikums auszufüllen  
(Zutreffendes bitte ankreuzen):

**1) Erreichte Ziele und durchgeführte Tätigkeiten** des Orientierungspraktikums:

- erste praktische Erfahrungen in allgemeinen Bereichen mit Bezug zur Gesundheits- und Patientenversorgung und
- erste Einblicke in die berufsethischen Prinzipien sowie in die institutionellen, rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der Patientenversorgung und
- erste Einblicke in die grundlegenden Strukturen der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie die strukturellen Maßnahmen zur Patient\*innensicherheit

☐ ja

☐ nein

2) Die **Praktikumseinrichtung** ist eine interdisziplinäre Einrichtung der Gesundheitsversorgung oder eine andere Einrichtung, in der Beratung, Prävention oder Rehabilitation zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit durchgeführt wird/werden.

☐ ja

☐ nein

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

☐ Approbierte psychologische Psychotherapeut\*innen,

☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen

☐ Fachärzt\*innen: Psychiatrie und Psychotherapie / Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Name Ansprechpartner\*in:

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