

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 (mindestens 4 Wochen bzw. 150 Stunden):
- Studienbegleitendes Praktikum, Dauer (mindestens 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 Praktikumsrichtung 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