

Bestätigung über die Erfüllung der Anforderung als  
**Berufsqualifizierende Tätigkeit I - Einstieg in die Praxis der Psychotherapie**  
nach § 15 der Approbationsordnung für Psychotherapeut\*innen  
(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):

Approbierte psychologische  
Psychotherapeut\*innen

Name der/des approbierten  
psychologischen Psychotherapeut\*in:

Approbierte Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeut\*innen

Name der/des approbierten Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeut\*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