



Praktikumsanmeldung Bachelor (nicht klinisch)

Praktikant*in

Nachname

Vorname

Matrikelnummer

Bachelor PO2015 6.1

PO2022 6.2

Teilpraktikum 1 2 3

Fachsemester

Semester des Praktikums

Praktikumsstelle

Datum Beginn: _____ Datum Ende: _____ Gesamtstunden: _____ h

Bereich: ABO Gesundheit pädagogisch sonstige: _____

Tätigkeit: Forschung Marketing Personalmanagement Beratung

Psychiatrie / Psychotherapie Sonstiges: _____

Name der Praktikumsstelle

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Anleitende*r Psychologe*in

Name Dipl.-Psych. M.Sc.Psych. sonstige: _____

e-mail

Telefon

Datum der Anmeldung