



Praktikumsbescheinigung (Bachelor) Orientierungspraktikum

Praktikant*in

Nachname

Vorname

Matrikelnummer

Fachsemester

Semester des Praktikums

Praktikumsstelle

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

Name der Praktikumsstelle, Abteilung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Anleitende Person

Fachbereich:

Psychologie Medizin Pflege

Sonstige _____

Name

E-Mail

Telefon

Hiermit bestätigt die Praktikumsseinrichtung, dass die o.g. Studentin bzw. der o.g. Student das Orientierungspraktikum gemäß § 14 der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO) im o. g. Zeitraum durchgeführt hat.

Es handelt sich um eine interdisziplinäre Einrichtung der Gesundheitsversorgung oder eine andere Einrichtung in der Beratung, Prävention oder Rehabilitation zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit durchgeführt wird. Darüber hinaus sind in der Einrichtung Psychotherapeut*innen, Psychologische Psychotherapeut*innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen tätig.

Die o. g. Studentin bzw. der o. g. Student erlangte im Rahmen des Praktikums erste praktische Erfahrungen in allgemeinen Bereichen mit Bezug zur Gesundheits- und Patientenversorgung. Es wurden Einblicke in die berufsethischen Prinzipien sowie in die institutionellen, rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der Patientenversorgung gegeben, und die grundlegenden Strukturen der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie strukturelle Maßnahmen zur Patientensicherheit werden gezeigt.

Unterschrift und Stempel der Praktikumsseinrichtung

Ort, Datum der Anmeldung



Praktikumsempfehlung (auszufüllen vom Studierenden)

Praktikumsstelle

Name der Praktikumsstelle, Abteilung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Mindestdauer des Praktikums: _____

Einsatzbereiche und Aufgaben im Rahmen des Praktikums:

Besonders positive Punkte der Praktikumsstelle:

Eher negative Punkte der Praktikumsstelle:

Ich würde diese Praktikumsstelle weiterempfehlen:

Ja Nein