DOKUMENTATIONSBOGEN FÜR ZUSÄTZLICHE PRAKTIKUMSLEISTUNGEN

Teil der Individuellen Ergänzung

Student*in

Name: _____ Matrikelnummer: _____

Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Art der Einrichtung:

Psychiatrische Klinik

Psychosomatische Klinik

Ambulante psychotherapeutische Praxis

Andere Einrichtung

Anleiter*in: _____

Beruf: Psycholog*in Psychologische*r Psychotherapeut*in

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in

Psychotherapeut*in (nach §1 Abs. 1 PsychThG)

Ärztliche*r Psychotherapeut*in (nach §1 Abs. 1 PsychThG)

Dauer:

150 Stunden = _____ LP

Im Anschluss an: Orientierungspraktikum BQT I

Praktikumskoordinator*in (Uni)

Praktikum genehmigt:

Leistung erbracht:

Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____