

DOKUMENTATIONSBOGEN FÜR DAS ORIENTIERUNGSPRAKTIKUM

Teil des Moduls 27-BPrax-PT
(150 h Orientierungspraktikum)

Student*in

Name: _____ Matrikelnummer: _____

Orientierungspraktikum

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

Praktikumskoordinator*in (Uni)

Praktikum genehmigt:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Praktikum verbucht:

Datum: _____

Unterschrift: _____