

## Bescheinigung für das Orientierungspraktikum gemäß PsychThApprO

**Frau/Herr**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und -ort: \_\_\_\_\_

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_

**hat das Praktikum**

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ im Umfang von \_\_\_\_\_ Arbeitsstunden

**in der Einrichtung**

Anschrift: \_\_\_\_\_

**unter Betreuung von** \_\_\_\_\_ **absolviert.**

(Name der/des betreuenden Psychologen/in)

**Im Rahmen des Praktikums wurden:**

- erste praktische Erfahrungen in allgemeinen Bereichen mit Bezug zur Gesundheits- und Patientenversorgung erworben
- Einblick in die berufsethischen Prinzipien sowie in die institutionellen, rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der Patientenversorgung gewährt
- Rahmenbedingungen und Aufgabenverteilung der interdisziplinären Zusammenarbeit aufgezeigt und mit verschiedenen Berufsgruppen zusammengearbeitet
- grundlegende Kompetenzen in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie mit anderen beteiligten Personen oder Berufsgruppen entwickelt und angewendet

**Das Praktikum beinhaltete folgende psychologische/psychotherapeutische Tätigkeiten:**

**Die Einrichtung erfüllt die nachfolgenden Kriterien:**

- 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.

Zum Zeitpunkt des Praktikums war in der Einrichtung ein/e

- Psychotherapeut/in
- Psychologische/r Psychotherapeut/in
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in
- ärztliche/r Psychotherapeut/in
- Psychologin/Psychologe (nicht approbiert)

tätig, der/die inhaltlich und qualitätssichernd für die Ausgestaltung und das Monitoring der Praktikumstätigkeit verantwortlich war

\_\_\_\_\_  
(Name in Druckbuchstaben, falls Person nicht identisch mit Betreuer/in)

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift  
Leitung der Einrichtung