

## 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:

- grundlegende Einblicke in die institutionellen, rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vermittelt
- 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

### Die Einrichtung erfüllt die nachfolgenden Kriterien:

- Es handelt sich um eine Einrichtung der psychotherapeutischen, psychiatrischen, psychosomatischen oder neuropsychologischen Versorgung, der Prävention oder Rehabilitation, für Menschen mit Behinderungen oder sonstige Bereiche der institutionellen Versorgung
- 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 approbierte/r Psychotherapeut/in in Druckbuchstaben)

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift approbierter  
Psychotherapeut oder Leitung der Einrichtung