

## 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 Einblicke in die berufsethischen Prinzipien sowie in die institutionellen, rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der Patientenversorgung gewährt und
- grundlegende Strukturen der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie strukturelle Maßnahmen zur Patientensicherheit gezeigt

### Die Einrichtung erfüllt die nachfolgenden Kriterien:

- Es handelt sich um eine interdisziplinäre Einrichtung der Gesundheitsversorgung oder eine Einrichtung der Beratung, Prävention oder Rehabilitation zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit
- Zum Zeitpunkt des Praktikums war in der Einrichtung ein/e approbierte/r
  - Psychologische/r Psychotherapeut/in
  - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/intätig, der/die inhaltlich und qualitätssichernd für die Ausgestaltung und das Monitoring der Praktikums-tätigkeit verantwortlich war

\_\_\_\_\_  
(Name approbierte/r Psychotherapeut/in in Druckbuchstaben)

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des approbierten  
Psychotherapeuten oder Leitung der Einrichtung