

Justus-Liebig-Universität Gießen, Postfach 11 14 40, 35359 Gießen

Ruth Augustin MSc Psych.  
Psych. Psychotherapeutin  
Studienkoordination Studium zur Approbation

Otto Behaghelstraße 10 F 35394 Gießen  
Fon: +49 641 99-26008 | Fax: +49 641 99-26009  
Ruth.augustin@psychol.uni-giessen.de  
www.uni-giessen.de

**Betreff: Praktikumsbescheinigung nach der neuen  
Approbationsordnung für Psychotherapeut/innen (PsychThApprO)  
vom 4. März 2020**

Sehr geehrte Damen und Herren,

unser Student bzw. unsere Studentin hat ein klinisches Praktikum in Ihrer Einrichtung absolviert oder absolviert dieses gerade *oder* ging in Ihrer Einrichtung einer Tätigkeit im klinischen Bereich nach, die als Praktikum anerkannt werden kann.

Wir würden Sie herzlich bitten, für diesen Praktikanten bzw. diese Praktikantin zusätzlich zum regulären Praktikumszeugnis den Praktikumsnachweis auszufüllen, der diesem Schreiben beigelegt ist.

Dieser Praktikumsnachweis dient als Nachweis für Bedingungen nach PsychThApprO § 15, die erfüllt sein müssen, damit sich der Student bzw. die Studentin für den Masterstudiengang *Klinische Psychologie und Psychotherapie* bewerben und nach der neuen Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO) studieren kann. Er ist außerdem erforderlich, damit die Studierenden sich ggf. später zur Approbationsprüfung anmelden können. Sollten Sie noch Rückfragen haben, können Sie sich gern an mich wenden.

Besten Dank und mit herzlichen Grüßen,

  
Ruth Augustin

Psych. Psychotherapeutin

Studienkoordination des Instituts für Psychologie

# Bescheinigung für Berufsqualifizierende Tätigkeit (BQT 1) gemäß PsychThApprO

Vor- und Nachname:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum und -ort:

\_\_\_\_\_

Matrikelnummer, Universität:

\_\_\_\_\_

## hat das Praktikum BQT 1

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ im Umfang von \_\_\_\_\_ Gesamtstunden  
(mind. 230)

im  im Block  studienbegleitend durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit \_\_\_\_\_

## in der Einrichtung

\_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

unter Betreuung von

\_\_\_\_\_

absolviert.

(Name Betreuung, Berufsbezeichnung)

## 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 approbierte/r
  - Psychologische/r Psychotherapeut/in
  - Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/intätig, 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 approbierte/r  
PsychotherapeutIn oder Leitung der Einrichtung