

Universität Siegen  
Fakultät II/Department Psychologie  
Prüfungsamt  
Adolf-Reichwein-Str. 2a  
57076 Siegen

## ***Praktikumsheft***

**2PSYBA19 „Berufsbezogenes Praktikum“**

**FPO 2020-1**

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

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

Inhalt:

- Praktikumsnachweis
- Praktikumsvereinbarung
- Beleg über den Praktikumsbericht
- Versuchspersonenstunden (Sona-Bescheinigung)

Hinweis: Bitte reichen Sie das Praktikumsheft nach Vollendung des Moduls 2PSYBA19 „Berufsbezogenes Praktikum“ über den Praktikumsbeauftragten im Prüfungsamt ein.

Universität Siegen  
Fakultät II/Department Psychologie  
Prüfungsamt  
Adolf-Reichwein-Str. 2a  
57076 Siegen

### **Praktikumsnachweis**

gemäß § 5 der Fachprüfungsordnung vom 08.09.2020  
für das Fach Psychologie im Bachelorstudium an der Universität Siegen

### **Orientierungspraktikum**

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

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Praktikumsbeauftragte/r: \_\_\_\_\_

Praxisstelle: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail/Homepage \_\_\_\_\_

Leitung \_\_\_\_\_

Name Praxisanleiter/in  
(mit Berufsbezeichnung): \_\_\_\_\_

Aufgabenbereich der Einrichtung:

---

---

---

---

---

---

---

Praktikumsbeginn: \_\_\_\_\_

Praktikumsende: \_\_\_\_\_

Stunden insgesamt:

Tage insgesamt:

- Wir bestätigen, dass wir eine interdisziplinäre Einrichtung der Gesundheitsversorgung sind oder eine Einrichtung, in denen Beratung, Prävention oder Rehabilitation zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit durchgeführt wird und in denen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig sind.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift der Praxisanleiterin/des Praxisanleiters

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der Praktikantin/des Praktikanten

**Das Pflichtpraktikum wird genehmigt:**  ja  nein

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift der/s Praktikumsbeauftragten

**Einverständniserklärung:**

1. Hiermit willige ich ein, dass die oben aufgeführten institutions- bzw. unternehmensbezogenen Daten (*Name und Kontaktdaten, Aufgabenbereiche der Institution, Arbeitsaufgaben während des Praktikums*) von der Universität Siegen zum Zwecke der Übersicht von Praktikumseinrichtung in einem studienganginternen Infoportal (online einsehbar für Studiengangmitglieder) erhoben, verarbeitet und genutzt oder veröffentlicht werden dürfen.  
Falls nein: Bitte streichen.
2. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass diese Einwilligung jederzeit ohne die Entstehung von Nachteilen widerrufen werden kann.

Der Widerruf erfolgt bei der **Universität Siegen, Fakultät II, Department Psychologie, Prüfungsamt**, Frau Christiane Krippendorf, Adolf-Reichwein-Str. 2a, 57076 Siegen (Tel: 0271 740-5545, pruefungsamt@psychologie.uni-siegen.de).

3. Die Universität Siegen versichert, dass keine Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt.

---

Ort/Datum

Unterschrift der Praxisanleiterin/des Praxisanleiters

Universität Siegen  
Fakultät II/Department Psychologie  
Prüfungsamt  
Adolf-Reichwein-Str. 2a  
57076 Siegen

**Praktikumsnachweis**

gemäß § 5 der Fachprüfungsordnung vom 08.09.2020  
für das Fach Psychologie im Bachelorstudium an der Universität Siegen

**Berufsqualifizierendes Praktikum**

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

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Praktikumsbeauftragte/r: \_\_\_\_\_

Praxisstelle: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail/Homepage \_\_\_\_\_

Leitung \_\_\_\_\_

Name der approbierten  
Psychologischen Psychotherapeutin/  
des approbierten Psychologischen  
Psychotherapeuten: \_\_\_\_\_

## Aufgabenbereich der Einrichtung:

Praktikumsbeginn:

Praktikumsende: \_\_\_\_\_

Stunden insgesamt:

Tagen insgesamt:

Da es sich um ein Praktikum gemäß § 15 PsychThApprO handelt, ist hier die Unterschrift der betreuenden, approbierten Psychotherapeutin/des betreuenden, approbierten Psychotherapeuten erforderlich und die Praktikumsvereinbarung BQT ist beizufügen!

## Stempel und Unterschrift

- Ich bestätige, dass ich bei Antritt des berufsqualifizierenden Praktikums bereits 60 LP absolviert habe.

---

Ort/Datum

### **Unterschrift der Praktikantin/des Praktikanten**

**Das Pflichtpraktikum wird genehmigt:**  ja  nein

Der Praktikumsbericht wurde vorgelegt und entspricht den Anforderungen  ja  nein  kein Bericht erforderlich

---

**Ort/Datum**

---

Stempel und Unterschrift der/s Praktikumsbeauftragten

**Einverständniserklärung:**

4. Hiermit willige ich ein, dass die oben aufgeführten institutions- bzw. unternehmensbezogenen Daten (*Name und Kontaktdaten, Aufgabenbereiche der Institution, Arbeitsaufgaben während des Praktikums*) von der Universität Siegen zum Zwecke der Übersicht von Praktikumseinrichtung in einem studienganginternen Infoportal (online einsehbar für Studiengangmitglieder) erhoben, verarbeitet und genutzt oder veröffentlicht werden dürfen.  
Falls nein: Bitte streichen.
5. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass diese Einwilligung jederzeit ohne die Entstehung von Nachteilen widerrufen werden kann.

Der Widerruf erfolgt bei der **Universität Siegen, Fakultät II, Department Psychologie, Prüfungsamt**, Frau Christiane Krippendorf, Adolf-Reichwein-Str. 2a, 57076 Siegen (Tel: 0271 740-5545, [pruefungsamt@psychologie.uni-siegen.de](mailto:pruefungsamt@psychologie.uni-siegen.de)).

6. Die Universität Siegen versichert, dass keine Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt.

---

Ort/Datum

Unterschrift der Praxisanleiterin/des Praxisanleiters

Hinweis: Bitte fügen Sie diesen Praktikumsnachweis in Ihr Praktikumsheft ein.

## Praktikumsvereinbarung

zwischen dem

**Department Psychologie der Universität Siegen, Adolf-Reichwein-Str. 2a, 57076 Siegen**

und

---

(Name der Einrichtung)

---

(Adresse der Einrichtung)

für

geb.am

---

(Name, Vorname der Studentin/des Studenten)

---

Matrikelnummer

Hiermit wird bestätigt, dass die o.g. Studentin bzw. der o.g. Student die berufsqualifizierende Tätigkeit I in der Praktikumseinrichtung durchführen kann. Die Einrichtung bestätigt des Weiteren, dass sie die Voraussetzungen nach § 15 der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfüllt. Dies umfasst insbesondere,

- dass in der Praktikumseinrichtung Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig sind,
- dass es sich um eine Einrichtung der psychotherapeutischen, psychiatrischen, psychosomatischen oder neuropsychologischen Versorgung, eine vergleichbare Einrichtungen der Prävention oder der Rehabilitation, eine Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen oder eine Einrichtung in sonstigen Bereichen der institutionellen Versorgung handelt.

Das Praktikum wird unter qualifizierter Anleitung durchgeführt. Entsprechend § 8 der Studien- und Prüfungsordnung sind dies Personen mit berufsqualifizierenden Abschluss in Psychologie auf Diplom- oder Masterniveau oder einer Approbation (Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Ärztin bzw. Arzt mit anerkannter psychotherapeutischer Weiterbildung).

Bei dem Praktikum handelt es sich um ein Pflichtpraktikum im Rahmen des Bachelorstudienganges Psychologie der Universität Siegen. Damit fällt das Praktikum unter die Ausnahmen vom Mindestlohn nach § 22 Absatz 1, Satz 1 des Mindestlohngesetztes.

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel Praktikumseinrichtung

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel Universität Siegen