Universität Siegen
Fakultät II
Department Psychologie
Prüfungsamt
Obergraben 23
57072 Siegen

Praktikumsheft

2PSYBA19 „Berufsbezogenes Praktikum“

FPO 2024-1

Matrikelnummer: _____

Nachname, Vorname: _____

E-Mail-Adresse: _____

Handynummer: _____

Inhalt:

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

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

Universität Siegen
Fakultät II
Department Psychologie
Prüfungsamt
Obergraben 23
57072 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** 2PSYBA19-PZ1 ( )

_____ _____

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, Obergraben 23, 57072 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
Obergraben 23
57072 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: ☐ Tage 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** 2PSYBA19-PZ2 ( )

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, Obergraben 23, 57072 Siegen
   (Tel: 0271 740-5545, 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 der

Universität Siegen, Department Psychologie, Obergraben 23, 57072 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