

Universität Siegen  
Fakultät V/Department Psychologie  
Prüfungsamt  
Adolf-Reichwein-Str. 2a/AR-NB 0136  
57068 Siegen

## **Praktikumsheft**

**2PSYBA19 „Berufsbezogenes Praktikum“**

**FPO 2020-1**

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

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

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

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

Inhalt:

- Praktikumsnachweis
- Beleg über den Praktikumsbericht
- Versuchspersonenstunden (VP-Bescheinigungen vor dem 01.10.2019 und Sona-Bescheinigung)

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

Universität Siegen  
Fakultät V/Department Psychologie  
Prüfungsamt  
Adolf-Reichwein-Str. 2a/AR-NB 0136  
57068 Siegen

### **Praktikumsnachweis**

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

Bitte ankreuzen:

Orientierungspraktikum

Berufsqualifizierendes Praktikum

Matrikelnummer:

---

Nachname, Vorname:

---

Praktikumsbeauftragte/r:

---

Praxisstelle:

Name

Straße

Postleitzahl/Ort

Telefon

E-Mail/Homepage

Leitung

Name Praxisanleiter/in  
(mit Berufsbezeichnung  
und **Dienststempel**):

---

Aufgabenbereich der Einrichtung:

---

---

---

---

---

---

---

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

Stunden insgesamt:  Tage insgesamt:

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift **der Praxisanleiterin/des Praxisanleiters**

Falls es sich um ein Praktikum gemäß §§ 14 oder 15 PsychThApprO handelt, so ist hier die Unterschrift der betreuenden, approbierten Psychotherapeutin/ des betreuenden, approbierten Psychotherapeuten erforderlich und die Praktikumsvereinbarung BQT ist beizufügen!

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift **der approbierten Psychologin/ des approbierten Psychologen**

\_\_\_\_\_  
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:

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 Praktikumeinrichtung 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 V, Department Psychologie, Prüfungsamt**, Frau Christiane Krippendorf, Adolf-Reichwein-Str. 2a / AR-NB 0136, 57068 Siegen (Tel: 0271 740-5545, [pruefungsamt@psychologie.uni-siegen.de](mailto: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**

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