

Dokumentationsheft

Berufspraktische Tätigkeit III

zum Nachweis der Leistungen, welche gemäß der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen (PsychThApprO; in der Berufsqualifizierenden Tätigkeit III) sowie gemäß dem Modulhandbuch des Studiengangs M.Sc. Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (in den Modulen 12 und 13) zu erbringen sind.

Name: _____

Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

Bitte beachten Sie: Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokumentationsheft ausschließlich die weibliche Form (generisches Femininum) verwendet. Es sind jedoch alle Geschlechterformen (weiblich, männlich, divers) angesprochen. Vielen Dank für die Beachtung!

Sehr geehrte Studierende,

mit Hilfe dieses Heftes können Sie die Ableistung der in der Berufsqualifizierenden Tätigkeit III (BQT III) zu erbringenden Leistungen dokumentieren. Bitte führen Sie dieses Heft gewissenhaft, bewahren es gut auf und legen es nach Abschluss der Leistungen im **Sekretariat des Lehrstuhls für Klinische Psychologie** (Lehrstuhl Prof. Berking) vor. Den Praktikumsbericht für den stationären Teil der BQT III senden Sie bitte an klips@fau.de. Das psychotherapeutische Gutachten schreiben Sie, wie die auch die Anamnesen im geschützten Serverbereich des Lehrstuhls für Klinische Psychologie.

Als Information vorab: Die BQT III unterteilt sich in die folgenden Abschnitte:

1. **BQT III – ambulant:** Ist gemäß PsychThApprO bzw. Modulhandbuch im Umfang von **150 Stunden Präsenzzeit** (5 ECTS) in kooperierenden Einrichtungen der psychotherapeutischen, psychiatrischen, psychosomatischen, neuropsychologischen Versorgung oder in interdisziplinären Behandlungszentren mit Psychotherapieschwerpunkt zu absolvieren.
2. **BQT III – stationär:** Ist gemäß PsychThApprO bzw. Modulhandbuch im Umfang von **450 Stunden Präsenzzeit** (15 ECTS) in kooperierenden Einrichtungen der psychotherapeutischen, psychiatrischen, psychosomatischen, neuropsychologischen Versorgung oder in interdisziplinären Behandlungszentren mit Psychotherapieschwerpunkt zu absolvieren.

Im Rahmen dieser beiden Abschnitte werden Sie gemäß PsychThApprO die folgenden Tätigkeiten durchführen und mit Hilfe des Dokumentationsheftes dokumentieren. Hierzu sind Sie unter Anwendung der wissenschaftlich geprüften und anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und Methoden an der Diagnostik und der Behandlung von Patientinnen und Patienten zu beteiligen, indem Sie:

1. aufbauend auf wissenschaftlich fundierten Kenntnissen zu psychischen Funktionen, Störungen und diagnostischen Grundlagen mittels wissenschaftlich geprüfter Methoden Anamnesen und psychodiagnostische Untersuchungen bei mindestens zehn Patientinnen und Patienten verschiedener Altersgruppen aus mindestens vier verschiedenen Störungsbereichen mit jeweils unterschiedlichen Schwere- und Beeinträchtigungsgraden durchführen. Sie werden dabei mindestens:
 - (a) vier Erstgespräche,
 - (b) vier Anamnesen,
 - (c) vier wissenschaftlich fundierte psychodiagnostische Untersuchungen,
 - (d) vier Indikationsstellungen oder Risiko- und Prognoseeinschätzungen einschließlich Suizidalitätsabklärung und
 - (e) vier Patientenaufklärungen über diagnostische und klassifikatorische Befunde durchführen,
2. an mindestens einer psychotherapeutischen ambulanten Patientenbehandlung im Umfang von mindestens zwölf aufeinanderfolgenden Behandlungsstunden teilnehmen, die unter Verknüpfung von klinisch-praktischen Aspekten mit ihren jeweiligen wissenschaftlichen Grundlagen durchgeführt wird und zu der begleitend diagnostische und therapeutische Handlungen eingeübt werden

3. an mindestens zwei weiteren einzelpsychotherapeutischen Patientenbehandlungen, bei denen eine Patientin oder ein Patient ein Kind oder ein Jugendlicher sein soll, mit unterschiedlicher Indikationsstellung im Umfang von insgesamt mindestens zwölf Behandlungsstunden teilnehmen und dabei die Diagnostik, die Anamnese und die Therapieplanung übernehmen sowie die Zwischen- und Abschlussevaluation durchführen,
4. mindestens drei verschiedene psychotherapeutische Basismaßnahmen wie Entspannungsverfahren, Psychoedukation oder Informationsgespräche mit Angehörigen selbständig, aber unter Anleitung durchführen,
5. Gespräche mit bedeutsamen Bezugspersonen bei mindestens vier Patientenbehandlungen führen und dokumentieren,
6. mindestens zwölf gruppenpsychotherapeutische Sitzungen begleiten,
7. selbständig und eigenverantwortlich mindestens ein ausführliches psychologisch-psychotherapeutisches Gutachten erstellen, das ausschließlich Ausbildungszwecken dienen darf, und
8. an einrichtungsinternen Fortbildungen teilnehmen.

Bitte beachten Sie:

Sämtliche Leistungen müssen unter Anleitung durch Fachpsychotherapeutinnen mit einer abgeschlossenen Weiterbildung oder durch Psychologische bzw. ärztliche Psychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen mit entsprechender Fachkunde durchgeführt werden. Nur die in diesem Sinne qualifizierten Betreuerinnen und deren rechtlich legitimierte Vertreterinnen können die Absolvierung der zu erbringenden Leistungen im Dokumentationsheft per Unterschrift (und Stempel der Einrichtung) bestätigen.

Weitere Informationen finden Sie in der PsychThApprO und dem Modulhandbuch des M.Sc. Psychologie mit Schwerpunkt Psychotherapie und Psychotherapie.

Wir wünschen Ihnen für diesen wichtigen Studienabschnitt, dass sie die notwendigen Leistungen erbringen und dabei Ihr Wissen über psychische Störungen und deren Behandlung sowie ihre praktischen Kompetenzen in der Behandlung dieser Störungen weiter vertiefen können.

Viel Erfolg!

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



Friedrich-Alexander-Universität
Philosophische Fakultät und
Fachbereich Theologie

Klinik für teil-/stationäres Praktikum:

Kürzel (bitte ein Kürzel für die Einrichtung vergeben): _____

- stationär teilstationär
- Kinder und Jugendliche Erwachsene

Betreuerin:

- _____
- Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin (PP bzw. ÄP)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (KJP) oder
- Fachpsychotherapeutin (FP)

Zeitraum des Praktikums: _____

- 6 Wochen (Teil 1) 3 Monate (nicht aufgeteilt)

Ggf. Klinik für teil-/stationäres Praktikum Teil 2 (falls 2 x 6 Wochen):

Kürzel (bitte ein Kürzel für die Einrichtung vergeben): _____

- stationär teilstationär
- Kinder und Jugendliche Erwachsene

Betreuerin:

- _____
- Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin (PP bzw. ÄP)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (KJP) oder
- Fachpsychotherapeutin (FP)

Zeitraum des Praktikums: _____

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



Friedrich-Alexander-Universität
Philosophische Fakultät und
Fachbereich Theologie

Einrichtung für ambulantes Praktikum:

Kürzel (bitte ein Kürzel für die Einrichtung vergeben): _____

- Kinder und Jugendliche Erwachsene

Betreuerin:

- Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin (PP)
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (KJP) oder
 Fachpsychotherapeutin (FP)

Zeitraum des Praktikums: _____

Einrichtung für ambulantes Praktikum Teil 2 (falls in 2 x 2 Wochen):

Kürzel (bitte ein Kürzel für die Einrichtung vergeben): _____

- Kinder und Jugendliche Erwachsene

Betreuerin:

- Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin (PP)
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (KJP) oder
 Fachpsychotherapeutin (FP)

Zeitraum des Praktikums: _____

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



Friedrich-Alexander-Universität
Philosophische Fakultät und
Fachbereich Theologie

Kenntnisnahme der Studierenden zur einrichtungsbezogenen Schweigepflicht, zur Weisungsbefugnis und ggf. zu klinik-spezifischen Bestimmungen:

Die Studierende hat die betreffenden Unterlagen zur Kenntnis genommen und unterzeichnet.

	Schweigepflicht	Weisungsbefugnis	ggf. spez. Bestimmungen
Datum			
Einrichtungskürzel			
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾			
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾			

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



1(a) Vier Erstgespräche: Erstkontakt Patientin – Therapeutin

	Gespräch 1	Gespräch 2	Gespräch 3	Gespräch 4
(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)				
Patientinnen- Kennung⁽¹⁾				
ICD-Diagnose (Fx.xx)				
Patientinnenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)				
Datum				
Einrichtungskürzel				
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾				
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾				

⁽¹⁾ der Patientin, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



1(b) Vier Anamnesen: Krankheits-, Familien-, Sozial-, Biographische Anamnese

	Anamnese 1	Anamnese 2	Anamnese 3	Anamnese 4
(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)				
Patientinnen- Kennung⁽¹⁾				
ICD-Diagnose (Fx.xx)				
Patientinnenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)				
Art der Anamnese s.o.				
Datum				
Einrichtungskürzel				
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾				
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾				

⁽¹⁾ der Patientin, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



1(c) Vier wissenschaftlich fundierte psychodiagnostische Untersuchungen (Psych U)

	Psych U 1	Psych U 2	Psych U 3	Psych U 4
(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)				
Patientinnen- Kennung⁽¹⁾				
ICD-Diagnose (Fx.xx)				
Patientinnenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)				
verwendete stand. Fragebögen und strukt. Interviews				
Datum				
Einrichtungskürzel				
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾				
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾				

⁽¹⁾ der Patientin, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



**1(d) Vier Indikationsstellungen einschl. Risiko- und Prognoseeinschätzungen,
Suizidalitätsabklärung**

	Indikation 1	Indikation 2	Indikation 3	Indikation 4
(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)				
Patientinnen- Kennung⁽¹⁾				
ICD-Diagnose (Fx.xx)				
Patientinnenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)				
Datum				
Einrichtungskürzel				
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾				
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾				

⁽¹⁾ der Patientin, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



1(e) Vier Patientinnenaufklärungen über diagnostische und klassifikatorische Befunde: Aufklärung über Ergebnisse psychometrischer Tests und Anamnese sowie ggf. Vermittlung einer psychischen Diagnose

	Aufklärung 1	Aufklärung 2	Aufklärung 3	Aufklärung 4
(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)				
Patientinnen- Kennung⁽¹⁾				
ICD-Diagnose (Fx.xx)				
Patientinnenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)				
Datum				
Einrichtungskürzel				
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾				
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾				

⁽¹⁾ der Patientin, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



Friedrich-Alexander-Universität
Philosophische Fakultät und
Fachbereich Theologie

2. Teilnahme an zwölf aufeinanderfolgenden Behandlungsstunden im Rahmen einer psychotherapeutischen ambulanten Patientinnenbehandlung

12 Behandlungsstunden	
Patientinnen-Kennung⁽¹⁾	
ICD-Diagnose (Fx.xx)	
Patientinnenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)	
angewandte Interventionen	
Datum	
Einrichtungskürzel	
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾	
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾	

⁽¹⁾ der Patientin, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



3. Teilnahme an und Durchführung von weiteren mind. 2 Patientinnenbehandlungen

im Gesamtfumfang von mind. 12 Stunden, mit mind. 2 Patientinnen (davon mind. ein Kind/Jugendliche), mit unterschiedlicher Indikationsstellung. Übernahme von Diagnostik, Anamnese und Therapieplanung, Durchführung der Zwischen- und Abschlussevaluierung.

	Patientin 1	Patientin 2	ggf. Patientin 3
(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)			
Patientinnen-Kennung⁽¹⁾			
ICD-Diagnose (Fx.xx) (mind. 2 versch.)			
Patientinnenalter \geq 18 Jahre (ja/nein) (versch.)			
Diagnostik durchgeführt (ja/nein)			
Anamnese durchgeführt (ja/nein)			
Therapieplanung durchgeführt (ja/nein)			
Zwischenevaluation durchgeführt (ja/nein)			
Endevaluation durchgeführt (ja/nein)			
Anzahl Sitzungen			
Datum			
Einrichtungskürzel			
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾			
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾			

⁽¹⁾ der Patientin, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



	ggf. Patientin 4	ggf. Patientin 5	ggf. Patientin 6
(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)			
Patientinnen-Kennung⁽¹⁾			
ICD-Diagnose (Fx.xx) (mind. 2 versch.)			
Patientinnenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein) (versch.)			
Diagnostik durchgeführt (ja/nein)			
Anamnese durchgeführt (ja/nein)			
Therapieplanung durchgeführt (ja/nein)			
Zwischenevaluation durchgeführt (ja/nein)			
Endevaluation durchgeführt (ja/nein)			
Anzahl Sitzungen			
Datum			
Einrichtungskürzel			
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾			
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾			

⁽¹⁾ der Patientin, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



4. Drei psychotherapeutische Basismaßnahmen selbstständig unter Anleitung

Entspannungsverfahren (E), Psychoedukation (PE), Informationsgespräche mit Angehörigen (A), Sonstige (S, spezifizieren)

	Basis 1	Basis 2	Basis 3	Basis 4
(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)				
Art der Basismaßnahme (s.o.)				
Patientinnen- Kennung⁽¹⁾				
ICD-Diagnose (Fx.xx)				
Patientinnenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)				
Datum				
Einrichtungskürzel				
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾				
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾				

⁽¹⁾ der Patientin, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



5. Durchführung und Dokumentation von vier Gesprächen mit bedeutsamen Bezugspersonen (B-Gespräch) bei mind. 4 Patientinnenbehandlungen

	B-Gespräch 1	B-Gespräch 2	B-Gespräch 3	B-Gespräch 4
(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)				
Patientinnen- Kennung⁽¹⁾				
ICD-Diagnose (Fx.xx)				
Patientinnenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)				
Bezugsperson (z.B. Vater, Mutter, Partnerin etc)				
Datum				
Einrichtungskürzel				
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾				
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾				

⁽¹⁾ der Patientin, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

⁽²⁾ Fachpsychotherapeut:in mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische:r oder ärztliche:r Psychotherapeut:in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



6. Begleitung von zwölf gruppenpsychologischen Sitzungen

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)				
Art der Gruppentherapie				
Anzahl Teilnehmerinnen				
Wichtigste ICD- Diagnosen (Fx.xx)				
Patientinnenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)				
Datum				
Einrichtungskürzel				
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾				
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾				

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



	Gruppe 5	Gruppe 6	Gruppe 7	Gruppe 8
(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)				
Art der Gruppentherapie				
Anzahl Tenehmerinnen				
Wichtigste ICD- Diagnosen (Fx.xx)				
Patientinnenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)				
Datum				
Einrichtungskürzel				
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾				
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾				

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



Friedrich-Alexander-Universität
Philosophische Fakultät und
Fachbereich Theologie

	Gruppe 9	Gruppe 10	Gruppe 11	Gruppe 12
(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)				
Art der Gruppentherapie				
Anzahl Tenehmerinnen				
Wichtigste ICD- Diagnosen (Fx.xx)				
Patientinnenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)				
Datum				
Einrichtungskürzel				
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾				
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾				

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



Friedrich-Alexander-Universität
Philosophische Fakultät und
Fachbereich Theologie

7. Teilnahme an mind. zwei einrichtungsinternen Fortbildungen

Selbstverständlich steht es Ihnen frei zusätzliche Weiterbildungen zu besuchen! Diese müssen hier jedoch nicht eingetragen werden.

	Fortbildung 1	Fortbildung 2
Thema		
Datum		
Einrichtungskürzel		
Name, Vorname Betreuerin ⁽²⁾		
Unterschrift Betreuerin ⁽²⁾		

⁽²⁾ Fachpsychologin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologin bzw. ärztliche Psychologin oder Kinder- und Jugendlichenpsychologin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



8. Verfassen* und Abgabe+ eines ausführlichen psychologisch-psychotherapeutischen Gutachtens im ambulanten Praktikum

psychologisch-psychotherapeutisches Gutachten	
Patientinnen-Kennung⁽¹⁾	
ICD-Diagnose (Fx.xx)	
Patientinnenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)	
Datum	
Einrichtungskürzel	
Name, Vorname beh. Therapeutin⁽²⁾	
Unterschrift beh. Therapeutin⁽²⁾	
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾	
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾	

⁽²⁾ Fachpsychophereapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische bzw. ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



Friedrich-Alexander-Universität
Philosophische Fakultät und
Fachbereich Theologie

9. Gesamt-Präsenzzeit von mindestens 450 Stunden BQT III – teil-/stationär

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, _____ (Name, Vorname) in meiner Funktion als Praktikumsbetreuerin, dass alle hier im Dokumentationsheft aufgeführten Leistungen, die in meiner Einrichtung erbracht wurden, die Vorgaben der Approbationsordnung erfüllen.

BQT III-teil-/stationär	
Zeitraum des Praktikums (von ...bis)	
Absolvierte Präsenzstunden	
Einrichtungskürzel	
Datum	
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾	
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾	
Stempel der Einrichtung	

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische bzw. ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



Friedrich-Alexander-Universität
Philosophische Fakultät und
Fachbereich Theologie

10. Gesamt-Präsenzzeit von mindestens 150 Stunden BQT III – ambulant

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, _____ (Name, Vorname) in meiner Funktion als Praktikumsbetreuerin, dass alle hier im Dokumentationsheft aufgeführten Leistungen, die in meiner Einrichtung erbracht wurden, die Vorgaben der Approbationsordnung erfüllen.

BQT III-ambulant	
Zeitraum des Praktikums (von ...bis)	
Absolvierte Präsenzstunden	
Beteiligung an mind. 10 verschiedenen Patientinnen- behandlungen aus vier verschiedenen Störungs- bereichen	
Einrichtungskürzel	
Datum	
Name, Vorname Betreuerin⁽²⁾	
Unterschrift Betreuerin⁽²⁾	
Stempel der Einrichtung	

⁽²⁾ Fachpsychotherapeutin mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



11. Beurteilungsbogen BQT III – stationär

Am Ende des Praktikums haben Sie, als Praktikumsbetreuerin, die Möglichkeit die Praktikantin auf unterschiedlichen Ebenen im Schulnotenformat (1 = sehr gut bis 6 = ungenügend) durch Ankreuzen zu beurteilen.

Persönlichkeit	
Freundlichkeit	1 2 3 4 5 6
Belastbarkeit	1 2 3 4 5 6
Flexibilität/Anpassungs- fähigkeit	1 2 3 4 5 6
Geduld	1 2 3 4 5 6
Zuverlässigkeit	1 2 3 4 5 6
Selbstständigkeit	1 2 3 4 5 6
Interesse	1 2 3 4 5 6
Offenheit	1 2 3 4 5 6
Kommentar	

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



Friedrich-Alexander-Universität
Philosophische Fakultät und
Fachbereich Theologie

Beurteilungsbogen BQT III – stationär

Sozialverhalten (gegenüber Mitarbeiterinnen, Vorgesetzten und Außenstehenden)						
Kontaktfähigkeit	1	2	3	4	5	6
Einfühlungsvermögen	1	2	3	4	5	6
Hilfsbereitschaft	1	2	3	4	5	6
Teamfähigkeit	1	2	3	4	5	6
Loyalität	1	2	3	4	5	6
Kommunikationsfähigkeit	1	2	3	4	5	6
Kommentar						

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



Friedrich-Alexander-Universität
Philosophische Fakultät und
Fachbereich Theologie

Beurteilungsbogen BQT III – stationär

Motivation	
Engagement	1 2 3 4 5 6
Einsatzwille	1 2 3 4 5 6
Zielstrebigkeit	1 2 3 4 5 6
Reflexionsfähigkeit/ -bereitschaft / Selbstkritik	1 2 3 4 5 6
Pünktlichkeit	1 2 3 4 5 6
konstruktive Mitarbeit	1 2 3 4 5 6
Sorgfalt	1 2 3 4 5 6
Arbeitsweise und -effizienz	1 2 3 4 5 6
Kommentar	

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



Friedrich-Alexander-Universität
Philosophische Fakultät und
Fachbereich Theologie

12. Beurteilungsbogen BQT III – ambulant

Am Ende des Praktikums haben Sie, als Praktikumsbetreuerin, die Möglichkeit die Praktikantin auf unterschiedlichen Ebenen im Schulnotenformat (1 = sehr gut bis 6 = ungenügend) durch Ankreuzen zu beurteilen.

Persönlichkeit						
Freundlichkeit	1	2	3	4	5	6
Belastbarkeit	1	2	3	4	5	6
Flexibilität/Anpassungs- fähigkeit	1	2	3	4	5	6
Geduld	1	2	3	4	5	6
Zuverlässigkeit	1	2	3	4	5	6
Selbstständigkeit	1	2	3	4	5	6
Interesse	1	2	3	4	5	6
Offenheit	1	2	3	4	5	6
Kommentar						

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



Friedrich-Alexander-Universität
Philosophische Fakultät und
Fachbereich Theologie

Beurteilungsbogen BQT III – ambulant

Sozialverhalten (gegenüber Mitarbeiterinnen, Vorgesetzten und Außenstehenden)						
Kontaktfähigkeit	1	2	3	4	5	6
Einfühlungsvermögen	1	2	3	4	5	6
Hilfsbereitschaft	1	2	3	4	5	6
Teamfähigkeit	1	2	3	4	5	6
Loyalität	1	2	3	4	5	6
Kommunikationsfähigkeit	1	2	3	4	5	6
Kommentar						

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____



Friedrich-Alexander-Universität
Philosophische Fakultät und
Fachbereich Theologie

Beurteilungsbogen BQT III – ambulant

Motivation	
Engagement	1 2 3 4 5 6
Einsatzwille	1 2 3 4 5 6
Zielstrebigkeit	1 2 3 4 5 6
Reflexionsfähigkeit/ -bereitschaft / Selbstkritik	1 2 3 4 5 6
Pünktlichkeit	1 2 3 4 5 6
konstruktive Mitarbeit	1 2 3 4 5 6
Sorgfalt	1 2 3 4 5 6
Arbeitsweise und -effizienz	1 2 3 4 5 6
Kommentar	