|  |  |
| --- | --- |
| schrift_s_600dpi | logo_s_600dpi |

Psychologisches Institut | Rudower Chaussee 18 | 12489 Berlin

**Kooperationsvereinbarung und   
Bescheinigung über abgeleistete Berufsqualifizierende Tätigkeit I   
(Einstieg in die Praxis der Psychotherapie, BQT-I)**

**Fach Psychologie, Profilbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie an der   
Humboldt-Universität zu Berlin gemäß Fachspezifischer Studien- und Prüfungsordnung  
Amtliches Mitteilungsblatt Nr.28/2020 vom 01.09.2020**

Die unterzeichnende Einrichtung bzw. deren Vertreter/in kooperiert mit der Humboldt-Universität zu Berlin bezüglich der Ableistung der Berufsqualifizierenden Tätigkeit I (Einstieg in die Praxis der Psychotherapie, BQT-I) durch Studierende der Psychologie der Humboldt-  
Universität zu Berlin.

Checkliste gemäß § 15 PsychThApprO

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

|  |  |
| --- | --- |
| Die Einrichtung gehört zu folgenden Bereichen: | |
|  | Psychotherapeutische Versorgung |
|  | Psychiatrische Versorgung |
|  | Psychosomatische Versorgung |
|  | Neuropsychologische Versorgung |
|  | Einrichtung der Prävention und Rehabilitation |
|  | Einrichtung für Menschen mit Behinderungen |
|  | Einrichtung für sonstige Bereiche institutioneller Versorgung |
| Qualifikation des Personals: | |
|  | In der Institution sind Psychologische Psychotherapeut\*Innen / Psychotherapeut\*Innen oder/und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*Innen tätig und diese betreuen das Praktikum |

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des/der unterzeichnenden Verantwortlichen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift und Stempel der Einrichtung

****Bescheinigung über die**** Berufsqualifizierenden Tätigkeit I****,**** § 15 PsychThApprO

Name der Studierenden/des Studierenden:

Matrikel-Nr.:

Name der Praktikumseinrichtung:

Hiermit bescheinigen wir, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, wohnhaft \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ an der/in der \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Name der Institution) im Rahmen ihres/seines Bachelorstudiums Psychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin gemäß Studienordnung vom 01.09.2020 die Berufsqualifizierende Tätigkeit I (BQT I) gemäß § 15 PsychThApprO abgeleistet hat.

Die Gesamtzeit der durchgeführten Berufsqualifizierenden Tätigkeit I betrug \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stunden.

Betreut wurde die BQT I durch Frau/Herrn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diese/r besitzt die Approbation als Psychologische(r) Psychotherapeut(in) bzw. Kinder- und   
Jugendlichenpsychotherapeut(in).

Während der BQT I erhielt Frau/Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_grundlegende Einblicke in die institutionellen, rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Versorgung. Sie/Er arbeitete mit einem interdisziplinären Team zusammen und lernte dadurch die Rahmenbedingungen und Aufgabenverteilung der interdisziplinären Zusammenarbeit kennen. Hierbei erwarb sie/er auch grundlegende Kompetenzen in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie mit anderen beteiligten Personen oder Berufsgruppen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Name Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers