

# Dokumentationsheft

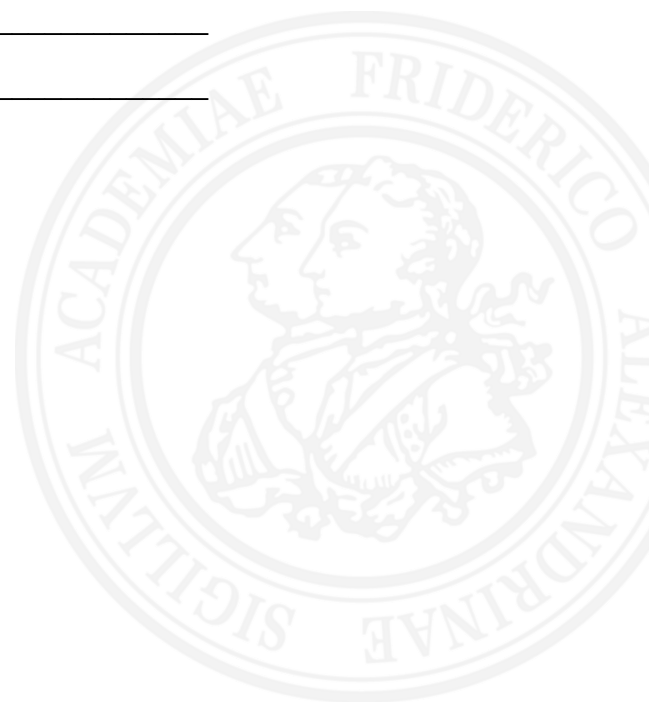
## Berufspraktische Tätigkeit III

zum Nachweis der Leistungen, welche gemäß der Approbationsordnung für Psychotherapeut:innen (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: \_\_\_\_\_



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 Prüfungsamt des Instituts für Psychologie vor.

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 der Hochschulambulanz für Psychologische Psychotherapie (HAP) der FAU zu absolvieren.
2. **BQT III – stationär:** Ist gemäß PsychThApprO bzw. Modulhandbuch im Umfang von 450 Stunden Präsenzzeit (15 ECTS) am Universitätsklinikum Erlangen (bzw. auf Antrag beim Prüfungsamt auch in anderen Einrichtungen der psychotherapeutischen, psychiatrischen, psychosomatischen, neuropsychologischen Versorgung oder in interdisziplinären Behandlungszentren mit Psychotherapieschwerpunkt, die mit der FAU einen diesbezüglichen Kooperationsvertrag vereinbart haben) 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 Fachpsychotherapeut:innen mit einer abgeschlossenen Weiterbildung oder durch Psychologische bzw. ärztliche Psychotherapeut:innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen mit entsprechender Fachkunde durchgeführt werden. Nur die in diesem Sinne qualifizierten Betreuer:innen und deren rechtlich legitimierte Vertreter:innen 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

Betreuer:in:

- \_\_\_\_\_
- Psychologische:r oder ärztliche:r Psychotherapeut:in (PP bzw. ÄP)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in (KJP) oder
- Fachpsychotherapeut:in (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

Betreuer:in:

- \_\_\_\_\_
- Psychologische:r oder ärztliche:r Psychotherapeut:in (PP bzw. ÄP)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in (KJP) oder
- Fachpsychotherapeut:in (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

Betreuer:in:

- \_\_\_\_\_
- Psychologische:r Psychotherapeut:in (PP)  
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in (KJP) oder  
 Fachpsychotherapeut:in (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

Betreuer:in:

- \_\_\_\_\_
- Psychologische:r Psychotherapeut:in (PP)  
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in (KJP) oder  
 Fachpsychotherapeut:in (FP)

Zeitraum des Praktikums: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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



Friedrich-Alexander-Universität  
Philosophische Fakultät und  
Fachbereich Theologie

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

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

	Schweigepflicht	Weisungsbefugnis	ggf. spez. Bestimmungen
<b>Datum</b>			
<b>Einrichtungskürzel</b>			
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>			
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>			

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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



Friedrich-Alexander-Universität  
Philosophische Fakultät und  
Fachbereich Theologie

### 1(a) Vier Erstgespräche: Erstkontakt Patient:in – Therapeut:in

	Gespräch 1	Gespräch 2	Gespräch 3	Gespräch 4
(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)				
Patient:innen- Kennung <sup>(1)</sup>				
ICD-Diagnose (Fx.xx)				
Patient:innenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)				
Datum				
Einrichtungskürzel				
Name, Vorname Betreuer:in <sup>(2)</sup>				
Unterschrift Betreuer:in <sup>(2)</sup>				

<sup>(1)</sup> des/der Patient:in, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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



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

	Anamnese 1	Anamnese 2	Anamnese 3	Anamnese 4
<b>(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)</b>				
<b>Patient:innen- Kennung<sup>(1)</sup></b>				
<b>ICD-Diagnose (Fx.xx)</b>				
<b>Patient:innenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)</b>				
<b>Art der Anamnese s.o.</b>				
<b>Datum</b>				
<b>Einrichtungskürzel</b>				
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				

<sup>(1)</sup> des/der Patient:in, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

<sup>(2)</sup> Fachpsychotherapeut:in mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische:r oder ärztliche:r Psychotherapeut:in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in 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
<b>(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)</b>				
<b>Patient:innen- Kennung<sup>(1)</sup></b>				
<b>ICD-Diagnose (Fx.xx)</b>				
<b>Patient:innenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)</b>				
<b>verwendete stand. Fragebögen und strukt. Interviews</b>				
<b>Datum</b>				
<b>Einrichtungskürzel</b>				
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				

<sup>(1)</sup> des/der Patient:in, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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



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

	Indikation 1	Indikation 2	Indikation 3	Indikation 4
<b>(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)</b>				
<b>Patient:innen- Kennung<sup>(1)</sup></b>				
<b>ICD-Diagnose (Fx.xx)</b>				
<b>Patient:innenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)</b>				
<b>Datum</b>				
<b>Einrichtungskürzel</b>				
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				

<sup>(1)</sup> des/der Patient:in, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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



**1(e) Vier Patient:innenaufklärungen 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
<b>(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)</b>				
<b>Patient:innen- Kennung<sup>(1)</sup></b>				
<b>ICD-Diagnose (Fx.xx)</b>				
<b>Patient:innenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)</b>				
<b>Datum</b>				
<b>Einrichtungskürzel</b>				
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				

<sup>(1)</sup> des/der Patient:in, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

<sup>(2)</sup> Fachpsychotherapeut:in mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische:r oder ärztliche:r Psychotherapeut:in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in 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 Patient:innenbehandlung

12 Behandlungsstunden	
<b>Patient:innen-Kennung<sup>(1)</sup></b>	
<b>ICD-Diagnose (Fx.xx)</b>	
<b>Patient:innenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)</b>	
<b>angewandte Interventionen</b>	
<b>Datum</b>	
<b>Einrichtungskürzel</b>	
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>	
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>	

12

<sup>(1)</sup> des/der Patient:in, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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



### 3. Teilnahme an und Durchführung von weiteren mind. 2 Patient:innenbehandlungen

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

	Patient:in 1	Patient:in 2	ggf. Patient:in 3
<b>(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)</b>			
<b>Patient:innen-Kennung<sup>(1)</sup></b>			
<b>ICD-Diagnose (Fx.xx) (mind. 2 versch.)</b>			
<b>Patient:innenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein) (versch.)</b>			
<b>Diagnostik durchgeführt (ja/nein)</b>			
<b>Anamnese durchgeführt (ja/nein)</b>			
<b>Therapieplanung durchgeführt (ja/nein)</b>			
<b>Zwischenevaluation durchgeführt (ja/nein)</b>			
<b>Endevaluation durchgeführt (ja/nein)</b>			
<b>Anzahl Sitzungen</b>			
<b>Datum</b>			
<b>Einrichtungskürzel</b>			
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>			
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>			

<sup>(1)</sup> des/der Patient:in, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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



	ggf. Patient:in 4	ggf. Patient:in 5	ggf. Patient:in 6
<b>(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)</b>			
<b>Patient:innen-Kennung<sup>(1)</sup></b>			
<b>ICD-Diagnose (Fx.xx) (mind. 2 versch.)</b>			
<b>Patient:innenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein) (versch.)</b>			
<b>Diagnostik durchgeführt (ja/nein)</b>			
<b>Anamnese durchgeführt (ja/nein)</b>			
<b>Therapieplanung durchgeführt (ja/nein)</b>			
<b>Zwischenevaluation durchgeführt (ja/nein)</b>			
<b>Endevaluation durchgeführt (ja/nein)</b>			
<b>Anzahl Sitzungen</b>			
<b>Datum</b>			
<b>Einrichtungskürzel</b>			
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>			
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>			

<sup>(1)</sup> des/der Patient:in, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

<sup>(2)</sup> Fachpsychotherapeut:in mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische:r oder ärztliche:r Psychotherapeut:in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in 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
<b>(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)</b>				
<b>Art der Basismaßnahme (s.o.)</b>				
<b>Patient:innen- Kennung<sup>(1)</sup></b>				
<b>ICD-Diagnose (Fx.xx)</b>				
<b>Patient:innenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)</b>				
<b>Datum</b>				
<b>Einrichtungskürzel</b>				
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				

<sup>(1)</sup> des/der Patient:in, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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



**5. Durchführung und Dokumentation von vier Gesprächen mit bedeutsamen Bezugspersonen (B-Gespräch) bei mind. 4 Patient:innenbehandlungen**

	B-Gespräch 1	B-Gespräch 2	B-Gespräch 3	B-Gespräch 4
<b>(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)</b>				
<b>Patient:innen- Kennung<sup>(1)</sup></b>				
<b>ICD-Diagnose (Fx.xx)</b>				
<b>Patient:innenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)</b>				
<b>Bezugsperson (z.B. Vater, Mutter, Partner:in etc)</b>				
<b>Datum</b>				
<b>Einrichtungskürzel</b>				
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				

<sup>(1)</sup> des/der Patient:in, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

<sup>(2)</sup> 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
<b>(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)</b>				
<b>Art der Gruppentherapie</b>				
<b>Anzahl Teilnehmer:innen</b>				
<b>Wichtigste ICD- Diagnosen (Fx.xx)</b>				
<b>Patient:innenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)</b>				
<b>Datum</b>				
<b>Einrichtungskürzel</b>				
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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



	Gruppe 5	Gruppe 6	Gruppe 7	Gruppe 8
<b>(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)</b>				
<b>Art der Gruppentherapie</b>				
<b>Anzahl Teilnehmer:innen</b>				
<b>Wichtigste ICD- Diagnosen (Fx.xx)</b>				
<b>Patient:innenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)</b>				
<b>Datum</b>				
<b>Einrichtungskürzel</b>				
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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



Friedrich-Alexander-Universität  
Philosophische Fakultät und  
Fachbereich Theologie

	Gruppe 9	Gruppe 10	Gruppe 11	Gruppe 12
<b>(teil-)stationär (s) vs. ambulant (a)</b>				
<b>Art der Gruppentherapie</b>				
<b>Anzahl Teilnehmer:innen</b>				
<b>Wichtigste ICD- Diagnosen (Fx.xx)</b>				
<b>Patient:innenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)</b>				
<b>Datum</b>				
<b>Einrichtungskürzel</b>				
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>				

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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



### 7. Verfassen eines ausführlichen psychologisch-psychotherapeutischen Gutachtens im ambulanten Praktikum

psychologisch-psychotherapeutisches Gutachten	
<b>Patient:innen-Kennung<sup>(1)</sup></b>	
<b>ICD-Diagnose (Fx.xx)</b>	
<b>Patient:innenalter ≥ 18 Jahre (ja/nein)</b>	
<b>Datum</b>	
<b>Einrichtungskürzel</b>	
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>	
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>	

<sup>(1)</sup> des/der Patient:in, an dem/der die Leistung erbracht wurde. Diese wird vom Abrechnungsprogramm der Einrichtung fest vergeben und finden Sie entsprechend in der Patientenakte.

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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



### 8. 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 Betreuer:in <sup>(2)</sup>		
Unterschrift Betreuer:in <sup>(2)</sup>		

<sup>(2)</sup> Fachpsychotherapeut:in mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische:r bzw. ärztliche:r Psychotherapeut:in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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



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

BQT III-teil-/stationär		
<b>Zeitraum des Praktikums (von ...bis)</b>		
<b>Absolvierte Präsenzstunden</b>		
<b>Einrichtungskürzel</b>		
<b>Datum</b>		
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>		
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>		
<b>Stempel der Einrichtung</b>		

<sup>(2)</sup> Fachpsychotherapeut:in mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische:r bzw. ärztliche:r Psychotherapeut:in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in mit entsprechender Fachkunde

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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



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

BQT III-ambulant		
<b>Zeitraum des Praktikums (von ...bis)</b>		
<b>Absolvierte Präsenzstunden</b>		
<b>Beteiligung an mind. 10 verschiedenen Patient:innen- behandlungen aus vier verschiedenen Störungs- bereichen</b>		
<b>Einrichtungskürzel</b>		
<b>Datum</b>		
<b>Name, Vorname Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>		
<b>Unterschrift Betreuer:in<sup>(2)</sup></b>		
<b>Stempel der Einrichtung</b>		

<sup>(2)</sup> Fachpsychotherapeut:in mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische:r bzw. ärztliche:r Psychotherapeut:in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in mit entsprechender Fachkunde