

Anmeldung der BQT III im Master Psychologie – Klinische Psychologie und Psychotherapie

Name, Vorname: _____

Fachsemester: _____

Hiermit melde ich ein Praktikum im Umfang von _____ Stunden an bei:

Name und Anschrift der Praktikumeinrichtung

Kooperationsvertrag liegt vor für

- (teil) stationär
- ambulant

Zeitraum des Praktikums von _____ bis _____

Name Fachleiter:in in der Praktikumeinrichtung

Berufsbezeichnung/Funktion
Fachleiter:in

Bestätigung der Praktikumeinrichtung: Wir sind bereit, das Praktikum unter den angegebenen Bedingungen durchzuführen und anzuleiten.

Ort, Datum

Unterschrift Leiter:in Praktikumeinrichtung

Die Praktikumsbegleitung an der IPU erfolgt durch die Therapeut:innen der Ambulanz.

Ort, Datum

Unterschrift Praktikant:in

**International Psychoanalytic
University Berlin**
Stromstraße 3b
10555 Berlin

**Modulbeauftragte Modul 9 BQTIII
MA KPPT**
Prof. Dr. Simone Salzer

Büro für Studium und Lehre
E-Mail: praktikum-
psychotherapie@ipu-berlin.de