

## Bescheinigung

### Praktische Tätigkeit gem. § 2 Abs. 2 Nr. 1 PsychTh-APrV (Psychiatrisches Praktikum)

**§2 Abs. 2 Nr. 1:** Zu erbringen sind „mindestens **1.200 Stunden** an einer **psychiatrischen klinischen Einrichtung**, die im Sinne des ärztlichen Weiterbildungsrechts zur Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie zugelassen ist oder die von der nach § 10 Abs. 4 Psychotherapeutengesetz zuständigen Behörde als gleichwertige Einrichtung zugelassen wird.“

**§2 Abs. 2 Nr. 3:** Während der praktischen Tätigkeit in der psychiatrischen klinischen Einrichtung ist der Ausbildungsteilnehmer jeweils über einen längeren Zeitraum an der Diagnostik und der Behandlung von mindestens 30 Patienten zu beteiligen. Bei mindestens vier dieser Patienten müssen die Familie oder andere Sozialpartner des Patienten in das Behandlungskonzept einbezogen sein.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_,

AusbildungsteilnehmerIn der APH im Ausbildungsgang psychologische/r  
PsychotherapeutIn – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, hat entsprechend  
der Kooperationsvereinbarung zwischen der APH und

(Einrichtung:) \_\_\_\_\_

das Psychiatriepraktikum entsprechend dem § 2 PsychTh-APrV in folgendem Umfang  
durchgeführt:

Im Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

hat er/ sie im Umfang von \_\_\_\_\_ Ausbildungsstunden unter Betreuung an  
unserer Einrichtung mitgearbeitet. Er/ sie hat Kenntnisse und Erfahrungen über akute,  
abklingende und chronifizierte Symptomatik unterschiedlicher psychiatrischer  
Erkrankungen erworben.

Er/ sie war über einen längeren Zeitraum an der Diagnostik und Behandlung von

\_\_\_\_\_ (im Verlauf des Psychiatriepraktikums insges. mind. 30) Patienten beteiligt.

Bei \_\_\_\_\_ (im Verlauf des Psychiatriepraktikums insges. mind. 4) Patienten wurden  
auch die Familie oder andere Sozialpartner in das Behandlungskonzept einbezogen.

Eine Liste der Diagnosen und Behandlungszeit der Patienten, an deren Behandlung der  
Ausbildungsteilnehmer beteiligt war, ist beiliegend.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Leiters der Einrichtung