

## Modul Praktikum im Bachelor Rehabilitationspädagogik: Praxisphase gemäß der Bachelorprüfungsordnung 2016

Name	Vorname	Matrikel-Nr.
		geb. am

### Anerkennung von Praxiserfahrungen

**Folgende Praxiserfahrung wird mit den entsprechenden Stunden anerkannt:**

- 80 Std.** (einschlägige Tätigkeit: FSJ, BFD o. Ä.)     **160 Std.** (Berufsausbildung)

(Stempel des Praktikumsbüros)

Datum	Unterschrift Praktikumsbeauftragte/r
-------	--------------------------------------

### Genehmigung der Praktikumsstelle durch die Fakultät

Name der Einrichtung	
Anschrift	
Ansprechpartner/in der Praktikumeinrichtung	E-Mail-Adresse
Erreichbarkeit bei Rückfragen	
_____ bis _____ Praktikumszeitraum	
	(Stempel Praktikumsbeauftragte/er)
Datum	Unterschrift durch Zuständige/n der Fakultät

### Bestätigung der Praxisphase durch die Praktikumeinrichtung

**Die/der Studierende hat in unserer Einrichtung insgesamt \_\_\_\_\_ Stunden absolviert.**

(Stempel der Einrichtung)

Datum	Unterschrift Praktikumeinrichtung
-------	-----------------------------------

**Das eingereichte Portfolio wird als BESTANDEN bewertet.**

(Stempel des Fachgebietes)

Datum	Unterschrift Praktikumsbetreuer/in der Fakultät
-------	---

**Die Praxisphase umfasst 8 Wochen bzw. 320 Stunden. Sie ist verpflichtender Bestandteil des Studiums.  
Damit besteht für die Praktikantin/den Praktikanten gesetzlicher Unfallversicherungsschutz über den  
Träger der Praktikumeinrichtung (vgl. §2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII).**

### Bestätigung durch die Prüfungscoordination

(Stempel der Prüfungscoordination)

Datum	Unterschrift Prüfungscoordination
-------	-----------------------------------