



Universität Hamburg  
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

FAKULTÄT  
FÜR PSYCHOLOGIE UND  
BEWEGUNGSWISSENSCHAFT

# LOGBUCH

## Berufsqualifizierende Tätigkeit III

vorgelegt von

---

(Name in Druckbuchstaben)

Fakultät für Psychologie und Bewegungswissenschaft  
Institut für Psychologie  
Studiengang: MSc  
Matrikelnummer:

## **1 Hinweise zur Nutzung des Logbuches**

Dieses Logbuch dient der Erfassung und des Nachweises der erbrachten Teilleistungen im Rahmen der berufspraktischen Einsätze im Masterstudium Psychologie mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie an der UHH.

### **Ausfüllen**

Lassen Sie sich jede Teilleistung von der betreuenden Person gegenzeichnen.

Die graue Spalte „Prüf.“ dient der Prüfung durch die Praktikumskoordination der Fakultät für Psychologie und Bewegungswissenschaft, bitte nicht ausfüllen.

### **Abschluss**

Nach Abschluss der berufspraktischen Einsätze unterschreiben Sie auf unter 4. Erklärung.

Reichen Sie das ausgefüllte Logbuch spätestens 2 Wochen nach Abschluss des Praktikums bei der Praktikumskoordination der Fakultät für Psychologie und Bewegungswissenschaft (ADRESSE) ein.

## 2 Beteiligte Einrichtungen

Tragen Sie die Einrichtungen/Ambulanzen samt Adresse und Betreuer\*in in diese Tabelle ein.  
Geben Sie die laufende Nummer auf den Dokumentationsseiten ab Seite 4 als Ort des Praktikums an, beachten Sie hierbei die Spalten ambulant/stationär.

Nr.	Name	Adresse	Betreuer*in	Prüf.
1				
2				
3				
4				
5				
6				

### 3 Dokumentation

#### 3.1 Fallübersicht

Übersicht über 10 Patient\*innen<sup>1</sup> aus unterschiedlichen Alters- und Störungsgruppen, die während der BQT III im Rahmen der einzelnen Tätigkeiten (siehe Abschnitt 3.2) gesehen wurden

Fall Nr.	Alter Pat.	Diagnose(n) nach ICD	Ort des Praktikums	Unterschrift Betreuer*in	Prüf.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

---

<sup>1</sup> Sollten Sie mehr als 10 Patient\*innen sehen/mitbehandeln, vervielfältigen Sie diese Seite und führen Sie die Nummerierung fort.

### 3.2 Tätigkeiten gem. § 18 (2) PsychThApprO - Einzelnachweise

Patient*in (FallNr. eintragen)	Ort des Praktikums		Unterschrift Betreuer*in	Prüf.
	stationär	ambulant		
<b>Erstgespräche gem. §18 (2), 1a</b>				
1				
2				
3				
4				
<b>Anamnese mit schriftlicher Dokumentation gem. §18 (2), 1b</b>				
1				
2				
3				
4				
<b>Wissenschaftlich fundierte psychodiagnostische Untersuchungen gem. §18 (2), 1c</b>				
1				
2				
3				
4				
<b>Indikationsstellungen oder Risiko-/Prognoseeinschätzungen gem. §18 (2), 1d</b>				
1				
2				
3				
4				
<b>Patientenaufklärungen über diagnostische und klassifikatorische Befunde gem. §18 (2), 1e</b>				
1				
2				
3				
4				

Fortsetzung von Seite 5

Patienten *in  (FallNr. eintragen)	Ort des Praktikums		Unterschrift  Betreuer*in	Prüf.
	stationär	ambulant		
<b>Teilnahme an einer psychotherapeutischen <u>ambulanten</u> Patientenbehandlung im Umfang von mindestens 12 aufeinanderfolgenden Behandlungsstunden gem. §18 (2), 2</b>				
1				
<b>Teilnahme an <u>zwei</u> weiteren psychotherapeutischen Patientenbehandlungen im Umfang von insgesamt mindestens 12 Behandlungsstunden (davon ein Kind oder Jugendlicher) gem. §18 (2), 3</b>				
1 Kind/Ju- gendl.:				
2				
<b>Psychotherapeutische Basismaßnahmen (Entspannung, Psychoedukation, Informationsgespräch) gem. §18 (2), 4</b>				
1				
2				
3				
<b>Gespräche mit bedeutsamen Bezugspersonen gem. §18 (2), 5</b>				
1				
2				
3				
4				
<b>Begleitung von 12 gruppenpsychotherapeutischen Sitzungen gem. §18 (2), 6</b>				
1				
<b>Selbständige und eigenverantwortliche Verfassung eines ausführlichen psychologisch-psychotherapeutischen Gutachtens gem. §18 (2), 7</b>				
1				

Fortsetzung von Seite 6

Titel/Beschreibung	Ort des Praktikums		Unterschrift Betreuer*in	Prüf.
	stationär	ambulant		
<b>Teilnahme an mindestens zwei einrichtungswinteren Fortbildungen gem. §18 (2), 8</b>				
1				
2				
3				
4				
5				
6				

## Anhang 1 Checkliste für Ihre Übersicht

Nutzen Sie diese Tabelle bei Bedarf gerne als Übersicht und haken Sie ab, was bereits absolviert wurde.

Tätigkeit	Fallnummer	ambulant (Einrichtungsnr.)	stationär (Einrichtungsnr.)	Check
Erstgespräch 1				<input type="checkbox"/>
Erstgespräch 2				<input type="checkbox"/>
Erstgespräch 3				<input type="checkbox"/>
Erstgespräch 4				<input type="checkbox"/>
Anamnese 1				<input type="checkbox"/>
Anamnese 2				<input type="checkbox"/>
Anamnese 3				<input type="checkbox"/>
Anamnese 4				<input type="checkbox"/>
Diagnostik 1				<input type="checkbox"/>
Diagnostik 2				<input type="checkbox"/>
Diagnostik 3				<input type="checkbox"/>
Diagnostik 4				<input type="checkbox"/>
Indikation 1				<input type="checkbox"/>
Indikation 2				<input type="checkbox"/>
Indikation 3				<input type="checkbox"/>
Indikation 4				<input type="checkbox"/>
Patientenaufklärung 1				<input type="checkbox"/>
Patientenaufklärung 2				<input type="checkbox"/>
Patientenaufklärung 3				<input type="checkbox"/>
Patientenaufklärung 4				<input type="checkbox"/>
Patientenbehandlung ambulant				<input type="checkbox"/>
Patientenbehandlung 1				<input type="checkbox"/>
Patientenbehandlung 2				<input type="checkbox"/>
Basismaßnahme 1				<input type="checkbox"/>
Basismaßnahme 2				<input type="checkbox"/>
Basismaßnahme 3				<input type="checkbox"/>
Bezugsperson 1				<input type="checkbox"/>
Bezugsperson 2				<input type="checkbox"/>
Bezugsperson 3				<input type="checkbox"/>
Bezugsperson 4				<input type="checkbox"/>
Gruppensitzungen (12)				<input type="checkbox"/>
Gutachten				<input type="checkbox"/>
Fortbildung/en				<input type="checkbox"/>
Prüfen Sie abschließend, ob in dieser Tabelle mind. 10 unterschiedliche Patient*innen genannt werden:				
10 Patient*innen				<input type="checkbox"/>



## 4 Erklärung

Hiermit erkläre ich,

---

(Name Studierende\*r Druckschrift)

(Matrikelnr.)

die angegebenen Leistungen erbracht zu haben.

Ich habe die Nutzungsbedingungen unter Punkt 1 gelesen und verstanden.

Das komplette Logbuch reiche ich mitsamt aller Belege im Original spätestens 2 Wochen nach Abschluss des Praktikums bei der Praktikumskoordination ein.

---

Datum, Unterschrift Studierende\*r

## **IMPRESSUM**

### **Logbuch für die berufsqualifizierende Tätigkeit III**

**Herausgeber:**

Dekanat der Fakultät für Psychologie und Bewegungswissenschaft  
Universität Hamburg  
Von-Melle-Park 5  
20146 Hamburg

**Schrift:**

„TheSans UHH“ / LucasFonts

**Stand:**

Januar 2023

Trotz sorgfältiger Recherche besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Hinweise werden gern entgegengenommen:

[prako-psych.pb@uni-hamburg.de](mailto:prako-psych.pb@uni-hamburg.de)