**Praktikumsplan für Auslandspraktika /**

**Physiotherapie/Ergotherapie B.Sc.

Praxisstelle**

|  |  |
| --- | --- |
| **Praktikant\_in** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | (Vor und Nachname der Praktikantin / des Praktikanten) |
|  |  |
| **Praxisstelle** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | (Praktikumsbetrieb, Anschrift) |
| **Anleiter\_in** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | (Vor- und Nachname der Anleiterin / des Anleiters) |
|  |  |
| **Qualifikationder Anleiterin\_des Anleiters** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Dauer**  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | (Zeitraum des Praktikums / Semester) |

**Fachliche Ausrichtung der Praxisstelle**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesetzliche Grundlagen, Ziele und Aufgaben der Institution** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
|  |  |
| **Einbettung in ein Handlungs- bzw. Aufgabenfeld der Physiotherapie/Ergotherapie** | (z.B. Bereiche wie Auswirkungen der Einschränkungen der Patienten auf deren stationären, häuslichen und beruflichen Alltag einschätzen.etc.) |
|  |  |
| **Adressat\_innen-gruppen / Altersstufe** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Methoden und Arbeitsformen** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Inhaltliche Elemente des Praktikums**Bitte benennen Sie stichpunktartig den Inhalt Ihres Praktikums:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Mögliche Themen/Aufgabenschwerpunkte** |
| **Mögliche Aufgaben** |  *(z.B. Behandlungsdokumentation, Sichtstunden, Hospitation, Qualitätsmanagement und Evaluation, Teilnahme an Hausbesuchen etc.)*  |
| **Arbeitsschwerpunkte** |  *(z.B. Rehabilitation etc.)* |
| **Lernfelder** | *(z.B. Klinik, Praxis etc.)* |
| **Formen des Lernens**  |  *(z.B. Hospitation, Teilnahme an Teamsitzungen, Übernahme bestimmter Aufgaben, Fachliteratur, Seminare, Workshops etc.)* |
| **Anleitungsformen- und inhalte** | *(regelmäßig stattfindende Feedbackgespräche wöchentlich/monatlich, Supervision etc.)* |
| **Sonstige Tätigkeiten** |  *(z.B. zusätzliche Wissensaneignung, Besuch/Organisation von Veranstaltungen etc.)* |

Bitte teilen Sie Ihre Aufgaben im Praktikum zeitlich ein:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zeitraum** | **Phase** | **Mögliche Themen/Aufgabenschwerpunkte** |
| *(Woche/Monat)* | Einführungs- und Orientierungsphase |  *(u.a. Kennenlernen der Praxiseinrichtung und Räumlichkeiten, Kennenlernen des Leitbildes/Organisationsstrukturen, Kennenlernen des interprofessionellen Teams, Kennenlernen der angewandten Konzepte und Therapieschwerpunkte, Kennenlernen der Therapiemittel- und materialien)* |
| *(Woche/Monat)* | Erprobungsphase |  *(Ablauf bitte in Stichpunkten einfügen)* |
| *(Woche/Monat)* | Verselbstständigungsphase  |  *(Ablauf bitte in Stichpunkten einfügen)* |
| *(Woche/Monat)* | Abschlussphase |  *(Ablauf bitte in Stichpunkten einfügen)* |

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 (Ort, Datum) (Unterschrift des Praktikumsbetriebs) Unterschrift der Praktikantin/des Praktikanten