

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik

Klinikdirektorin: Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner



Formular für die Bewerbung auf einen Praktikumsplatz

I. Angaben zur Person:

Name	
Vorname	
Geburtsdatum und -ort	
Studiengang (Bachelor/Master)	
Fachsemester	
Hochschule	

II. Angaben zum Praktikum

Wunschzeitraum von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

Alternativer Zeitraum von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

Wunschabteilung :

Abteilung nähere Informationen siehe Homepage	Erst- wunsch	Zweit- wunsch	Dritt- wunsch
Station S1			
Station S2			
Allgemeine Tagesklinik			
Angst-Tagesklinik			
Tagesklinik für somatoforme Störungen			
Mutter-Kind-Tagesklinik			
Allgemeine Ambulanz			
Traumaambulanz			

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik

Klinikdirektorin: Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner



III. Erklärung über das Pflichtpraktikum (zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit bestätige ich, dass ich das **Pflichtpraktikum** über ____ Wochen im Rahmen meines aktuellen Studiums noch nicht absolviert habe und noch kein Praktikum am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus durchgeführt habe.

→ Die Studienordnung liegt bei (farblich markiert)

Hiermit bestätige ich, dass ich bereits ____ Wochen meines **Pflichtpraktikum** über ____ Wochen im Rahmen meines aktuellen Studiums an folgender Stelle absolviert habe:

Hiermit erkläre ich, dass ich ein **Wunschpraktikum** über ____ Wochen am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus durchführen möchte und das **Pflichtpraktikum** meines aktuellen Studiums über ____ Wochen bereits an folgender Stelle absolviert habe:

_____.

Eine **Kopie der Studienordnung** mit farblicher Markierung der Dauer des Pflichtpraktikums habe ich beigelegt.

Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie dieses Formular zusammen mit folgenden Unterlagen an:

Thomas.Lorenz@uniklinikum-dresden.de

Oder **postalisch** an:

Dipl.-Psych. Thomas Lorenz
PSO Haus 15, Angst-Tagesklinik
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Gern auch per **Fax** an:

0351/458-7286 bzw.
0351/458-887098

Unterlagen:

- **Aktueller Lebenslauf**
- **Bewerbungsanschreiben**
- **Aktuelle Immatrikulationsbescheinigung**
- **Auszug aus der Studienordnung mit farblicher Markierung der festgelegten Dauer des Pflichtpraktikums**