

Beleg Nr. _____

Praktikumsbescheinigung

Name d. Praktikanten/in: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Einrichtung: _____

Supervisor/in: _____

Praktikumszeitraum: _____

Indikationsbereich (Indikationsschlüssel)	Stunden ¹
Entwicklungsbedingte Störungen (SP 1 – SP 3) u. Rhinolalieu (SF)	
Sprachstörungen bei hochgradiger Schwerhörigkeit und Cochlear Implant – Versorgung (SP 4)	
Aphasie, Dysarthrie, Sprechapraxie (SP 5/ SP 6)	
Stottern und Poltern (RE 1/ RE 2)	
Stimmstörungen (ST 1 – ST 4)	
Kau- und Schluckstörungen (SC 1/ SC 2)	

Ort, Datum

Unterschrift Supervisor/in

Ort, Datum

Unterschrift Leitender/e Sprachtherapeut/in,
Stempel d. Einrichtung

Ort, Datum

Unterschrift Prof. Dr. habil. Ulrike Lütke, Stempel des Instituts

¹ maximal 13 % Hospitation