·A·S·P·

Anmeldung teilnehmende Praxis

Wir freuen uns, dass Sie Kapazitäten haben und sich vorstellen können, Studierenden einen Einblick in Ihren Arbeitsalltag zu geben!

Damit ein allfälliger Schnupper-Einsatz bestmöglich koordiniert werden kann, bitten wir Sie anbei um ein paar zusätzliche Angaben:

Name: Vorname:

Praxisadresse:

Telefon: E-Mail:

Website:

Ansprechperson:

Art und Inhalt der Schnuppermöglichkeit:

Bitte machen Sie ein paar Angaben zu Dauer (z.B. 1 Tag, 1 Woche), Zeitraum (z.B. feste Daten oder flexibel), welche Bereiche werden gezeigt (z.B. Therapieabläufe, Verwaltung, Supervisionen), gibt es praktische Aufgaben? (wenn ja, welche?), mögliche Einblicke (z.B. in Gruppen- oder Einzeltherapien, Diagnostik).