

MTT.3 – Berufspraktikum: Trainingstherapie

Name:

LV-Leitung:

Matrikelnummer:

Semester:

Studienkennzahl:

Datum der Abgabe:

Praktikumstelle für den Bereich „Innere Erkrankungen“

Praktikumsstelle:

**Betreuende/r
Arzt/Ärztin:**

Praktikumsanleiter/in:¹

Praktikumszeitraum:

Von:

Bis:

Stunden:

Praktikumstelle für den Bereich „Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats“

Praktikumsstelle:

**Betreuende/r
Arzt/Ärztin:**

Praktikumsanleiter/in:¹

Praktikumszeitraum:

Von:

Bis:

Stunden:

Praktikumstelle für den Bereich „Erkrankungen aus den Bereichen Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatik“

Praktikumsstelle:

**Betreuende/r
Arzt/Ärztin::**

Praktikumsanleiter/in:¹

Praktikumszeitraum:

Von:

Bis:

Stunden:

¹ Arzt/Ärztin, Sportwissenschaftler/in, Physiotherapeut/in