

Universität Siegen  
Fakultät II/Department Psychologie  
Prüfungsamt  
Adolf-Reichwein-Str. 2a / NB 0136  
57076 Siegen

## Antrag auf Anerkennung erbrachter Leistungen

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Die Anerkennung soll für den Studiengang **Masterstudiengang Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie** erfolgen.

Es wird eine **Höherstufung** ins SoSe \_\_\_\_\_ / WiSe \_\_\_\_\_ in das \_\_\_\_\_ Semester beantragt.

Die vorgelegten Leistungen wurden erbracht an:

Hochschule: \_\_\_\_\_

Studiengang: \_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie diesem Formular alle Leistungsnachweise bzw. Leistungsübersichten der Hochschule (z.B. Transcript of Records, Zeugnis etc.) im Original (zur Sichtprüfung) inklusive Kopie oder in beglaubigter Kopie sowie die zugehörige Studienordnung, das Modulhandbuch und eventuelle Hausarbeiten/Bachelorthesis zur Feststellung der Gleichwertigkeit von Leistungen bei.

**Hiermit beantrage ich die Anerkennung der im Folgenden aufgeführten und von mir erbrachten Leistungen. Ich bestätige, dass alle bestandenen und nicht bestandenen Leistungen in der angefügten Leistungsübersicht aufgelistet sind und dass der Prüfungsanspruch noch besteht.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Antragsteller/in)

Hiermit beantrage ich zusätzlich die Anerkennung von beigelegter

( ) Diplomarbeit / ( ) Masterarbeit

mit dem Titel:

---

---

---

Abgabedatum: \_\_\_\_\_

Benotung: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

**Bestätigung des Prüfungsausschussvorsitzenden:**

Die Masterarbeit wird anerkannt ( ) ja Note ( ) ( ) nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Prüfungsausschussvorsitzenden

Modulelemente-/ Prüfungsnummer	Bezeichnung	SL / PL	KP	Folgende Leistungen sollen anerkannt werden:					Anerkennung	
				Prüfungs- nummer	Veranstaltungstitel	LP	Note	Art der Erbringung	Ja	Nein
<b>2KLIMA01</b>	<b>Vertiefte Forschungsmethoden</b>									
2KLIMA01-S1	Multivariate Verfahren	SL	3							
2KLIMA01-S2	Computergestützte Erhebung, Modellierung und Analyse von Daten	SL	3							
2KLIMA01-P	Prüfung zu Forschungsmethoden	PL	3							
<b>2KLIMA09</b>	<b>Praktikum in der ambulanten Versorgung (BQT III)</b>									
2KLIMA09-PZ	Praktikum in der ambulanten Versorgung									
2KLIMA09-S	Praktikumsbericht inkl. psychologisch-psychotherapeutischem Gutachten									

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift der/des Modulverantwortlichen

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel + Unterschrift des Prüfungsausschussvorsitzenden

Modulelemente-/ Prüfungsnummer	Bezeichnung	SL / PL	KP	Folgende Leistungen sollen anerkannt werden:					Anerkennung	
				Prüfungs- nummer	Veranstaltungstitel	LP	Note	Art der Erbringung	Ja	Nein
<b>2KLIMA02</b>	<b>Psychologische Diagnostik und Begutachtung</b>									
2KLIMA02-S1	Psychologische Diagnostik: Testen, Entscheidung und Evaluieren	SL	3							
2KLIMA02-S 2	Vertiefung in der fortgeschrittenen Psychologischen Diagnostik A	SL	3							
2KLIMA02-S3	Vertiefung in der fortgeschrittenen Psychologischen Diagnostik B	SL	3							
2KLIMA02-P	Prüfung zu Psychologische Diagnostik und Begutachtung	PL	3							

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/des Modulverantwortlichen

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel + Unterschrift des Prüfungsausschussvorsitzenden

Modulelemente-/ Prüfungsnummer	Bezeichnung	SL / PL	KP	Folgende Leistungen sollen anerkannt werden:						Anerkennung	
				Prüfungs- nummer	Veranstaltungstitel	LP	Note	Art der Erbringung	Ja	Nein	
<b>2KLIMA03</b>	<b>Grundlagenvertiefung</b>										
2KLIMA03-S1	Grundlagenvertiefung A	SL	3								
2KLIMA03-S2	Grundlagenvertiefung B	SL	3								
<b>2KLIMA07</b>	<b>Praktikum der Psychotherapieforschung</b>										
2KLIMA07-S1	Praktikum in der Psychotherapieforschung I										
2KLIMA07-S2	Praktikum in der Psychotherapieforschung II										

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift der/des Modulverantwortlichen

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel + Unterschrift des Prüfungsausschussvorsitzenden

Modulelemente-/ Prüfungsnummer	Bezeichnung	SL / PL	KP	Folgende Leistungen sollen anerkannt werden:					Anerkennung	
				Prüfungs- nummer	Veranstaltungstitel	LP	Note	Art der Erbringung	Ja	Nein
<b>2KLIMA04</b>	<b>Spezielle Störungs- und Verfahrenslehre</b>									
2KLIMA04-S1	Spezielle Verfahrenslehre	SL	3							
2KLIMA04-S2	Vertiefung in spezieller Krankheits- und Verfahrenslehre I	SL	3							
2KLIMA04-S3	Vertiefung in spezieller Krankheits- und Verfahrenslehre II	SL	3							
2KLIMA04-P	Prüfung zu Spezielle Störungs- und Verfahrenslehre	PL	3							
<b>2KLIMA06</b>	<b>Praxis der Psychotherapie (BQT II)</b>									
2KLIMA06-S1	Praxis der Psychotherapie I									
2KLIMA06-S2	Praxis der Psychotherapie II									
2KLIMA06-S3	Praxis der Psychotherapie III									
2KLIMA06-S4	Vorbereitung auf die Approbationsprüfung									
2KLIMA06-P	Prüfungsleistung zu Praxis der Psychotherapie									
<b>2KLIMA08</b>	<b>Praktikum in der stationären oder teilstationären Versorgung</b>									
2KLIMA08-PZ	Praktikum in der stationären oder teilstationären Versorgung									
<b>2KLIMA09</b>	<b>Praktikum in der ambulanten Versorgung (BQT III)</b>									
2KLIMA09-PZ	Praktikum in der ambulanten Versorgung									
2KLIMA09-S	Praktikumsbericht inkl. psychologisch-psychotherapeutischem Gutachten									

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift der/des Modulverantwortlichen

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel + Unterschrift des Prüfungsausschussvorsitzenden

Modulelemente- Prüfungsnummer	Bezeichnung	SL / PL	KP	Folgende Leistungen sollen anerkannt werden:					Anerkennung	
				Prüfungs- nummer	Veranstaltungstitel	LP	Note	Art der Erbringung	Ja	Nein
<b>2KLIMA05</b>	<b>Angewandte Psychotherapie: Versorgung, Dokumentation und Selbstreflexion</b>									
2KLIMA05-S1	Klinische-psychotherapeutische Versorgung in unterschiedlichen Settings & Kontexten	SL	3							
2KLIMA05-S2	Dokumentation, Evaluierung und Organisation psychotherapeutischer Behandlungen	SL	3							
2KLIMA05-P	Prüfung zu Angewandte Psychotherapie	PL	3							

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift der/des Modulverantwortlichen

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel + Unterschrift des Prüfungsausschussvorsitzenden