Hochschule Bochum
TECHNIK WIRTSCHAFT GESUNDHEIT

Antrag auf Zulassung und Anerkennung für das Praxissemester/ Auslandssemester

Hochschule Bochum – Standort Gesundheitscampus
University of Applied Sciences

(Vom Studierenden auszufüllen)

1. **Studierende*r**

_____
Matrikelnummer

_____ _____
Name Vorname

_____
Studiengang

☐ Praxissemester ☐ Auslandssemester

Name des Unternehmens/ der Hochschule:

_____
Anschrift:

_____
Zuständige Kontaktperson/ Tel.-Nr./ E-Mail-Adresse (nur bei Praktikumsplatz)

_____

Einsatzgebiete/ Kurse/ Module

_____
_____
_____

Zeitraum: vom _____ bis_____

Anzahl der Versuche: ☐ 1. Versuch ☐ 2. Versuch

Vorschlag für betreuende Lehrkraft: _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Studierende*r

Hochschule Bochum
TECHNIK WIRTSCHAFT GESUNDHEIT

2. Verbindliches Beratungsgespräch

Das Beratungsgespräch hat stattgefunden am: _____

Unterschrift Studiengangskoordination: _____

3. Betreuungsperson

Dozent*in: _____

Die Eignung des/des Praxissemesters/Auslandssemesters wurde festgestellt:
Ja ☐ **Nein** ☐

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Betreuungsperson

4. Prüfungsausschuss
Das beantragte Praxissemester/ Auslandssemester wird genehmigt:

_____ _____
Ort, Datum Vorsitz des Prüfungsausschusses

Bestätigung des Praxis-/ Auslandssemesters

5. Betreuungsperson

Nachweis/ Bestätigung der Praxiszeit	☐ **Ja**	☐ **Nein**
Entspricht der Praxisbericht/ Reflexionsbericht den Anforderungen	☐ **Ja**	☐ **Nein**
Wird das Praxissemester/ Auslandssemester anerkannt	☐ **Ja**	☐ **Nein**

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Betreuungsperson

6. Prüfungsausschussvorsitzender

_____ _____
Ort, Datum Vorsitz des Prüfungsausschusses

7. Prüfungsamt

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Prüfungsamt