

## Bachelorstudiengang Logopädie

### Praktikumsvereinbarung

für das  **Praktikum 1**  pädagogischer Kontext  
 **Praktikum 2**  medizinischer Kontext  
 **Praktikum 3**

Name Leiter, Leiterin Reflexionsseminar

---

---

#### Studentin, Student

Name Vorname  Jahr Studienbeginn   
E-Mail  Telefon

---

#### Praktikumsleiterin, Praktikumsleiter (PL)

Co-Praktikumsleiterin, Praktikumsleiter (falls zutreffend)

Name Vorname    
E-Mail    
Telefon P    
Telefon G    
Adresse (privat)    
PLZ, Ort

---

#### Praktikumsort (Schule, Klinik, Institution, Praxis)

Name   
Adresse, PLZ, Ort

→ PL bestätigt mit der Unterschrift, dass das Praktikum mit dem Einverständnis der vorgesetzten Stelle durchgeführt wird.

---

#### Honorar

Bitte markieren!

- Die Institution wird dem ISP nach Abschluss des Praktikums **eine Rechnung zustellen**.  
 Das ISP kann das Honorar nach Abschluss des Praktikums **direkt an PXL ausbezahlen**.
- 

*Auf Seite 2 bitte die Praktikumsstermine festhalten und die Vereinbarung signieren.*

**Praktikumstermine / Präsenzzeiten** (mit Kalenderdaten und Präsenzzeiten)

**Termine Praktikum a** (total 105 Std. Präsenz)

Beginn Praktikum a: \_\_\_\_\_

Ende Praktikum a: \_\_\_\_\_

Wochentage & Uhrzeiten Praktikum a: \_\_\_\_\_

Falls unregelmässig: Kalenderdaten inkl. Uhrzeiten Praktikum a:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Termine Praktikum b** (total 105 Std. Präsenz)

Beginn Praktikum b: \_\_\_\_\_

Ende Praktikum b: \_\_\_\_\_

Wochentage & Uhrzeiten Praktikum b: \_\_\_\_\_

Falls unregelmässig: Kalenderdaten inkl. Uhrzeiten Praktikum b:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Die Studentin resp. der Student und die Praktikumsleiterin resp. der Praktikumsleiter vereinbaren mit ihrer Unterschrift verbindlich, das Praktikum gemäss den Vorgaben im Wegweiser Praktika und den oben aufgeführten Terminen durchzuführen.

*Nachträglich notwendige Terminanpassungen meldet die Studentin resp. der Student jeweils umgehend der Assistentin Berufspraktische Studien Logopädie.*

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

**Unterschriften**

\_\_\_\_\_  
Studentin, Student

\_\_\_\_\_  
Praktikumsleiterin, Praktikumsleiter

*Die Studentin resp. der Student reicht die signierte Praktikumsvereinbarung im Original innert einer Woche nach der Unterzeichnung bei der Assistentin Berufspraktische Studien Logopädie (Kanzlei ISP) ein.*