



Bestätigung Modul M6

Wir bestätigen, dass

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____

Strasse: _____

PLZ/Ort _____

- an unserer Schule für das Modul M6 eingeschrieben ist
und
- innerhalb des Moduls M6 im Bereich C gemäss Richtlinien M6 der OdA AM ist

Art. 4.3 der Richtlinien M6 der OdA AM:

Bereich C: Transfer in das eigene Handeln

In diesem Bereich findet ein begleiteter, schrittweiser Transfer des in M1 - M5 erlernten Wissens und der im regulären Unterricht bereits eingeübten (Teil-)Kompetenzen in die Praxis statt. Erwerb und Vertiefung der für die selbständige berufliche Praxis erforderlichen Handlungskompetenzen stehen im Mittelpunkt. Es erfolgen Behandlungen von realen Patienten unter Aufsicht und Begleitung des Praktikumsbegleiters.

Dieser Bereich beinhaltet Anamnese - Diagnose - Analyse/Recherche - Therapiekonzept - Therapieschritte - Reflexion der Ergebnisse und Neubeurteilung in Folgebehandlung - interdisziplinäres Arbeiten, sowie Beurteilungen, Entscheidungen und Patientenbegleitung zwischen den Konsultationen/Therapiesitzungen.

Orte: Berufspraxen, Kliniken, Ambulatorien oder Kliniken der Bildungsanbieter

Schule: _____

Ansprechperson: _____

Datum: _____

Stempel und
Unterschrift Schule: