

## Date erfassungsbogen für die Aufnahme in die Praxisstellendatenbank der katho

Mit \* gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt werden, da ansonsten eine weitere Bearbeitung und Aufnahme in der Datenbank nicht möglich ist.

-Einrichtungsdaten-	
Name/Bezeichnung der Einrichtung:	*
Straße, Hausnummer der Einrichtung: (der Praxisstelle, nicht des Trägers)	*
PLZ, Ort der Einrichtung: (der Praxisstelle, nicht des Trägers)	*
Telefonnummer der Einrichtung: (der Praxisstelle, nicht des Trägers)	*
evtl. Durchwahl Ansprechpartner/in:	
Name/Vorname Ansprechpartner/in:	*
Funktion, Berufsbezeichnung Ansprechpartner/in:	
Internetauftritt der Einrichtung (URL):	
E-Mail – Adresse der Einrichtung: (der Praxisstelle, nicht des Trägers)	
E-Mail – Adresse Ansprechpartner/in:	*
-Trägerdaten-	
Name des Trägers/ Dachverbandes:	
Straße, Hausnummer des Trägers:	
PLZ, Ort des Trägers:	
Telefonnummer des Trägers:	
Name/Vorname Ansprechpartner/in:	
Funktion, Berufsbezeichnung Ansprechpartner/in:	
Internetauftritt des Trägers (URL):	
E-Mail – Adresse des Trägers:	

-Praxisfeldspezifische Daten-	
Praxisfeld: (z.B.: Krankenhaussozialdienst, Jugendverbandsarbeit, Ambulante Hilfen zur Erziehung,...)	
Zielgruppe(n) der Arbeit:	
Studierende können folgende Praxisphasen bei uns durchführen:  <i>(bitte ankreuzen)</i>	<b>Studieneingangsprojekt (StEP)</b> (7-wöchige Bearbeitung einer Projektaufgabe im 1. Fachsemester) <input type="checkbox"/> Studiengang Soziale Arbeit <input type="checkbox"/> Studiengang Heilpädagogik  <b>Praxisphase II</b> (findet im 5. Fachsemester statt) <input type="checkbox"/> Studiengang Soziale Arbeit (100 Praxistage) <input type="checkbox"/> Studiengang Heilpädagogik (85 Praxistage)  <input type="checkbox"/> Masterprojekt
Praxisphasen sind in best. Zeitraum <b>nicht</b> möglich:	
Besondere Anforderungen an Studierende:	
Sonstiges/Anmerkungen:	

**Bitte ausgefüllt per Post, Fax oder per E-Mail zurücksenden und die Zustimmung der Nutzungs-/Datenschutzvereinbarung unterschrieben beifügen.**

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen  
 Praxisreferat  
 Piusallee 89, 48147 Münster  
 Tel.: +49 (0)251 41767-24  
 Fax: +49 (0)251 41767-52  
 m.scherberich(at)katho-nrw.de