# Frankfurt University of Applied Science

### Fachbereich 4 – Soziale Arbeit und Gesundheit

## Prüfungsamt

**Modul 10 (Teilprüfungsleistung HIS: 10300):**

**Den Nachweis der vollständig erbrachten KBR reichen Sie zum Ende des 5. Semesters vollständig im Prüfungsamt ein (Frist siehe Prüfungsplan). Sehen Sie bitte von einer aufgeteilten Zusendung ab.**

**Denken Sie an die Anmeldung zur Teilprüfungsleistung in HISQIS.**

Kollegiale Beratung (KBR)

5. Semester: 1 SWS x 15 LE zu 45 min = 675 min

**Nachweis der vollständig erbrachten und erforderlichen Kollegialen Beratung vorgelegt von:**

(bitte am Ende noch durch die Teilnehmenden der Gruppe durch Unterschrift bestätigen lassen)

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname** |       |
| **Matrikelnummer** |       |
| **E-Mail-Adresse** |       @stud.fra-uas.de |
| **Supervisionsgruppe** |       |

**Bitte vervollständigen Sie die Tabelle mit den entsprechenden Angaben** (falls der Platz nicht ausreichend ist, bitte Tabelle erweitern)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum der Sitzung** | **Dauer (in Minuten)** | **anwesende Teilnehmer\*innen** (alle TN bitte namentlich auflisten) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  | **Gesamtminuten:**  |  |

**Angabe der Teilnehmer\*innen der Kollegialen Beratung/Supervisionsgruppe mit Bestätigung der oben genannten Gruppentermine durch Unterschrift:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname** | **Unterschrift** |
|      ,       |  |
|      ,       |  |
|      ,       |  |
|      ,       |  |
|      ,       |  |
|      ,       |  |
|      ,       |  |
|      ,       |  |
|      ,       |  |
|      ,       |  |
|      ,       |  |
|      ,       |  |

Der Nachweis der KBR muss von allen Teilnehmer\*innen der Supervisionsgruppe einzeln eingereicht werden.

**Es reicht nicht aus, den Nachweis einmal für die gesamte Gruppe zu senden.**

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift der/des einreichenden Studierenden