

**Antrag auf Zulassung zur Masterarbeit
im Masterstudiengang Psychologie mit dem
Schwerpunkt
Klinische Psychologie und Psychotherapie**

§ 9 der SPO vom 08.10.2021, Amtsblatt 21/22021

**an den Masterprüfungsausschuss
Psychologie**

Anrede _____ Vorname _____ Name _____
E-Mail _____ Matrikelnummer _____
Telefon/Handy _____ Universität _____
Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Anlagen

- Nachweis der Immatrikulation im Masterstudiengang Psychologie in den beiden dem Antrag vorausgehenden Semestern
- Nachweis über die Leistungen der Module des Masterstudiengangs gemäß § 7 Abs. 2 Studienordnung die im Umfang von 30 LP erfolgreich absolviert wurden
- Themenvorschlag für die Masterarbeit und Einverständniserklärung beider Betreuer

Ich stelle den Antrag auf Zulassung zur Masterarbeit im Masterstudiengang Psychologie mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie und versichere, an keiner anderen Hochschule der Bundesrepublik Deutschland im gleichen Studiengang, im gleichen Fach oder in einem Modul, welches einem der im Masterstudiengang Psychologie mit dem o. g. Schwerpunkt studierten Module vergleichbar ist, Leistungsnachweise endgültig nicht erbracht oder Prüfungsleistungen endgültig nicht bestanden zu haben. Weiterhin versichere ich an keiner anderen Hochschule im Masterstudiengang Psychologie mit dem o. g. Schwerpunkt oder einem vergleichbaren Studiengang eingeschrieben zu sein und das gleiche Masterarbeitsthema angemeldet oder bearbeitet zu haben.

Berlin, den _____

Unterschrift

Vermerke des Prüfungsbüros

Berlin, den _____

Eingang im Prüfungsbüro

Berlin, den _____

Unterschrift der/des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses

Themenvorschlag für die Masterarbeit im Studiengang Psychologie mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie

Angaben zur Kandidat*in

Name

Vorname

Matrikelnummer

Titelvorschlag für die Masterarbeit in Deutsch und Englisch

Hinweis: sofern der Titel genehmigt wird, wird dieser Bereich 1:1 in das Abschlusszeugnis übernommen. Eine Änderung ist nur noch in begründeten Ausnahmefällen möglich und bedarf eines schriftlichen Änderungsantrags an den Prüfungsausschuss!

Abstract (Kurzzusammenfassung der geplanten wissenschaftlichen Arbeit)

Einverständniserklärung Gutachter*in 1

Hiermit bestätige ich, dass ich die Erstbegutachtung der auf Seite 1 beschriebenen Masterarbeit übernehme und mit dem Titelvorschlag und der Kurzzusammenfassung einverstanden bin.

Name, Vorname 1. Gutachter*in: _____
(in Druckbuchstaben)

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Steht Gutachter*in 1 auf der Prüfer*innenliste des Fachbereichs EWIPSY? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ist Gutachter*in 1 promovierte*r wissenschaftliche*r Mitarbeiter*in des Wissenschaftsbereichs Psychologie der Freien Universität? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Aktuelle Stelle Gutachter*in 1 mit Angabe der Institution: | | |

(Stempel)

Hinweis zu Fragen 4-8: Nachweise sind beizufügen, sofern Gutachter*in weder auf Prüfer*innenliste steht noch wiss. Mitarbeiter*in des WB Psychologie ist.

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. Hat Gutachter*in 1 einen Hochschulabschluss in Psychologie? (Nachweise beifügen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat Gutachter*in 1 eine abgeschlossene Promotion in Psychologie (Nachweise beifügen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hat Gutachter*in 1 eine abgeschlossene Promotion in einem anderen Fach als Psychologie? (Nachweise beifügen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ist Gutachter*in 1:
(Nachweise (Urkunden) beifügen) | | |
| a. Facharzt*ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Facharzt*ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Facharzt*ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hat Gutachter*in 1 eine abgeschlossene psychotherapeutische Zusatzausbildung? (Nachweise beifügen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum und Unterschrift 1. Gutachter*in

Einverständniserklärung Gutachter*in 2

Hiermit bestätige ich, dass ich die **Zweitbegutachtung** der auf Seite 1 beschriebenen Masterarbeit übernehme und mit dem Titelvorschlag und der Kurzzusammenfassung einverstanden bin.

Name, Vorname 2. Gutachter*in: _____
(in Druckbuchstaben)

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Steht Gutachter*in 2 auf der Prüfer*innenliste des Fachbereichs EWIPSY? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ist Gutachter*in 2 promovierte*r wissenschaftliche*r Mitarbeiter*in des Wissenschaftsbereichs Psychologie der Freien Universität? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Aktuelle Stelle Gutachter*in2 mit Angabe der Institution:
(Stempel) | | |

Hinweis zu Fragen 4-8: Nachweise sind beizufügen, sofern Gutachter*in weder auf Prüfer*innenliste noch wiss. Mitarbeiter*in des WB Psychologie ist.

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. Hält Gutachter*in 2 einen Hochschulabschluss in Psychologie?
(Nachweise beifügen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hält Gutachter*in 2 eine abgeschlossene Promotion in Psychologie
(Nachweise beifügen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hält Gutachter*in 2 eine abgeschlossene Promotion in einem anderen Fach als Psychologie? (Nachweise beifügen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ist Gutachter*in 2:
(Nachweise (Urkunden) beifügen) | | |
| a. Facharzt*ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Facharzt*ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Facharzt*ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hat Gutachter*in 2 eine abgeschlossene psychotherapeutische Zusatzausbildung?
(Nachweise beifügen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum und Unterschrift 2. Gutachter*in