



Feedback - Trainingstherapie			
Name der/des Studierenden:			
Matrikel Nr:		Studienkennzahl:	
Praxisstelle:			
Praxisleiter/in:			
Praxiszeitraum:	Von:	Bis:	Stunden:

<u>Feedback über z.B.</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Die Durchführung • Das Erreichen der Ziele • Die Zufriedenheit über die Einbindung ins Team etc.
Datum, Unterschrift der/des Studierenden: _____