



Bescheinigung über Studienleistungen

Herr/Frau _____ Matrikelnummer _____

Modul: SKT 4: Diagnostik in der SKT

(1) Lehrveranstaltung SKT 4.1: Diagnostik bei entwicklungsbedingten und erworbenen sprachsystematischen Störungen

Titel der Lehrveranstaltung:

Semester: WiSe/SoSe _____

Dozent/-in: _____

Institutsstempel

Datum

Unterschrift der/des Lehrenden

(2) Lehrveranstaltung SKT 4.2: Diagnostik bei Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen

Titel der Lehrveranstaltung:

Semester: WiSe/SoSe _____

Dozent/-in: _____

Institutsstempel

Datum

Unterschrift der/des Lehrenden

(3) Lehrveranstaltung SKT 4.3: Vorbereitung auf die diagnostische Praxis

Titel der Lehrveranstaltung:

Semester: WiSe/SoSe _____

Dozent/-in: _____

Institutsstempel

Datum

Unterschrift der/des Lehrenden

(4) Lehrveranstaltung SKT 4.4: Vertiefung der diagnostischen Praxis

Titel der Lehrveranstaltung:

Semester: WiSe/SoSe _____

Dozent/-in: _____

Institutsstempel

Datum

Unterschrift der/des Lehrenden