



Bescheinigung über Studienleistungen

Herr/Frau _____ Matrikelnummer _____

Modul: SKT 6: Intervention in der SKT

(1) Lehrveranstaltung SKT 6.1: Neurologische Perspektiven der Intervention bei Sprach- und Kommunikationsstörungen

Titel der Lehrveranstaltung:

Semester: WiSe/SoSe _____

Dozent/-in: _____

Institutsstempel

_____ Datum

_____ Unterschrift der/des Lehrenden

(2) Lehrveranstaltung SKT 6.2: Phoniatische Perspektiven der Intervention bei Sprach- und Kommunikationsstörungen

Titel der Lehrveranstaltung:

Semester: WiSe/SoSe _____

Dozent/-in: _____

Institutsstempel

_____ Datum

_____ Unterschrift der/des Lehrenden

(3) Lehrveranstaltung SKT 6.3: Beratung und Kooperation im Bereich der SKT

Titel der Lehrveranstaltung:

Semester: WiSe/SoSe _____

Dozent/-in: _____

Institutsstempel

Datum

Unterschrift der/des Lehrenden

(4) Lehrveranstaltung SKT 6.4: Therapie bei Sprach- und Kommunikationsstörungen

Titel der Lehrveranstaltung:

Semester: WiSe/SoSe _____

Dozent/-in: _____

Institutsstempel

Datum

Unterschrift der/des Lehrenden

(5) Lehrveranstaltung SKT 6.5: Evaluation

Titel der Lehrveranstaltung:

Semester: WiSe/SoSe _____

Dozent/-in: _____

Institutsstempel

Datum

Unterschrift der/des Lehrenden

(6) Lehrveranstaltung SKT 6.6: Vorbereitung auf die Praxis

Titel der Lehrveranstaltung:

Semester: WiSe/SoSe _____

Dozent/-in: _____

Institutsstempel

Datum

Unterschrift der/des Lehrenden