



Gesundheitsförderung, M.Sc.

## Window of Opportunities: Projektsemester Gesundheitsförderung (M6)

Name:

Matr.-Nr.:

1. Betreuer/in:

2. Betreuer/in (ggf.):

Semester:                      WS

SS

Thema / Titel:

Kurzbeschreibung:

Einrichtung/en:

Adresse/n:

Ansprechpartner:

Schwerpunkt:                      Praxisprojekt                      Forschungsprojekt                      Praxis- & Forschungsprojekt  
ggf.                      Studienanteile (Auslandssemester)

Termine:                      Beginn:                      Ende:                      geplant                      realisiert  
Exposé oder                      Zwischenbericht  
Abschlussbericht  
Präsentation

### Anmeldung des Projektsemesters:

---

Datum, Unterschrift (Studierende/r)

---

Datum, Unterschrift (1. und ggf. 2. Betreuer/in)

### Anerkennung des Projektsemesters:

---

Datum, Unterschrift (1. und ggf. 2. Betreuer/in)