

---

## Betreuungsvereinbarung für die Bachelorarbeit im Studiengang Klinische Pflegewissenschaft

Um die Bachelorarbeit in hoher Qualität und angemessener Zeit erfolgreich durchzuführen, schließen wir eine Betreuungsvereinbarung ab.

### Daten

#### Studierende\*r

Name, Vorname

---

Matrikelnummer

--	--	--	--	--	--	--	--

E-Mailadresse

---

Telefonnummer  
(freiwillige Angabe)

---

#### Betreuer\*in

*(Dienstanschrift)*

Name, Vorname

---

Einrichtung

---

Telefonnummer

---

E-Mailadresse

---

@med.uni-greifswald.de

#### Themenvorschlag

---

---

Mitarbeit im Projekt  
(optional)

---

im Umfang von

\_\_\_\_\_ Stunden

**Voraussichtlicher  
Beginn der Betreuung**  
(Datum)

\_\_\_\_\_

*(Offizieller Beginn der  
Abschlussarbeit wird  
vom Prüfungsausschuss  
festgelegt)*

**Voraussichtliches  
Ende der Betreuung**  
(Datum)

\_\_\_\_\_

*(Offizieller Abgabetermin  
der Abschlussarbeit wird vom  
Prüfungsausschussfestgelegt)*