

1 *INTERVISION / SUPERVISION (MIND. 30 CREDITS/3 JAHRE)*

Name, Vorname, Adresse (Stempel) / Nom, prénom, adresse (timbre):

Datum Date	Veranstaltung Manifestation	Alterspsychiatrie/ -psychotherapie Credits	Bemerkungen Observations
Total			

2 QUALITÄTSZIRKEL, LESEGRUPPEN UND ANDERE FACHSPEZIFISCHE FORTBILDUNG IN KLEINGRUPPEN (MAX. 30 CREDITS / 3 JAHRE)
CERCLES DE QUALITE, GROUPES DE LECTURE ET D'AUTRE FORMATION CONTINUE EN PETITS GROUPES

Name, Vorname, Adresse (Stempel) / Nom, prénom, adresse (timbre):

Datum Date	Veranstaltung Manifestation	Alterspsychiatrie/ -psychotherapie Credits	Bemerkungen Observations
Total			

3 THEORIE (VORTRÄGE, KONGRESSE, KURSE, SEMINARE ETC)
THEORIE (CONFERENCES, CONGRES, COURS, SEMINAIRES ETC)

Name, Vorname, Adresse (Stempel) / Nom, prénom, adresse (timbre):

Datum Date	Veranstaltung Manifestation	Alterspsychiatrie/ -psychotherapie Credits	Erweiterte Fortbildung formation continue élargie	Bemerkungen Observations
Total				

4 **LEHRTÄTIGKEIT / ENSEIGNEMENT** (max. 30 Credits / 3 Jahre)

Name, Vorname, Adresse (Stempel) / Nom, prénom, adresse (timbre):

Datum Date	Veranstaltung Manifestation	Alterspsychiatrie/ -psychotherapie Credits	Andere Autres Credits	Bemerkungen Observations
Total				

5 WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEIT / ACTIVITÉS SCIENTIFIQUES (max. 30 Credits / 3 Jahre)

Name, Vorname, Adresse (Stempel) / Nom, prénom, adresse (timbre):

Datum Date	Veranstaltung Manifestation	Alterspsychiatrie/ -psychotherapie Credits	Andere Autres Credits	Bemerkungen Observations
Total				

Fortbildungsprotokoll / *Procès-verbal de formation continue*

Jahr / *Année* : **2009**

ZUSAMMENFASSUNG / *RÉSUMÉ*

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Als Nichtmitglied der SGAP akzeptiere ich, dass das Erfassen meiner Protokolle in Rechnung gestellt wird.

Par ma signature, j'atteste que les heures indiquées sont conformes à la vérité. Si je ne suis pas membre de la SPPA, j'accepte que le traitement de mes données me soit facturé.

Name, Vorname, Adresse (Stempel)
Nom, prénom, adresse (timbre)

Kanton / *Canton*:

Unterschrift / *Signature*:

Art der Fortbildung <i>Moyen de formation</i>	fachspezifische Fortbildung <i>Formation spécifique à la spécialité</i>	Erweiterte Fortbildung <i>formation continue élargie</i>
	Integriert alterspsychiatrisch/ -psychotherapeutisch Credits	
1 Intervision / Supervision (mind. 30 Credits/3 Jahre)		
2 Qualitätszirkel, Literaturgruppen <i>Cercles de qualité, groupes de lecture</i> (max. 30 Credits / 3 Jahre)		
3 Vorträg, Tagungen etc. (anerkannte Tagungen) <i>Conférences etc.</i>		
4 Lehrtätigkeit <i>Enseignement</i> (max. 30 Credits / 3 Jahre)		
5 Wissenschaftliche Tätigkeit <i>Activités scientifiques</i> (max. 30 Credits / 3 Jahre)		
Total		

Dieses Formular ist jährlich (bis Ende Februar des folgenden Jahres) an das Sekretariat einzusenden

Ce formulaire doit être envoyé chaque année (jusqu'à fin février) au secrétariat