

# Anmeldung zur schriftlichen Prüfung (1. Teil)

zur Erlangung des Schwerpunktes Alterspsychiatrie und -psychotherapie  
als Ergänzung zum Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie

**Mittwoch, 30. Oktober 2024**

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60

---

## Personalien:

Titel:

Frau:

Herr:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

## Privatadresse:

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Arbeitgeberadresse:

Institution: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_



### Staatsexamen:

Wann:

Wo:

.....  
.....

### Theoretische Weiterbildung (z.B. SGAP-Kurs):

Wann:

Wo:

.....  
.....

### Weiterbildungsstelle:

Von:

Bis:

Spital:

Klinik:

LeiterIn:

.....  
.....  
.....  
.....

### Weiterbildungsstelle:

Von:

Bis:

Spital:

Klinik:

LeiterIn:

.....  
.....  
.....  
.....

### Weiterbildungsstelle:

Von:

Bis:

Spital:

Klinik:

LeiterIn:

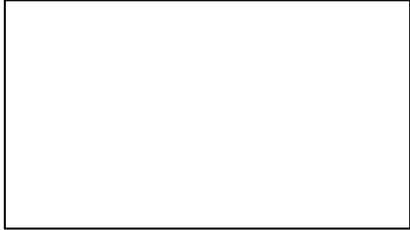
.....  
.....  
.....  
.....



**Gegenwärtige Weiterbildungsstelle:**

Name WB-Stätte: .....

Stempel und Unterschrift des aktuellen WB-Stättenleiters:



**Kosten:**

Die Prüfungsgebühr für die schriftliche Prüfung beläuft sich auf **CHF 700.-**

Datum/ Unterschrift: .....

**Anmeldefrist:**

Bitte bis **30. August 2024** (Poststempel) an untenstehende Adresse schicken oder an [info@sgap-sppa.ch](mailto:info@sgap-sppa.ch) mailen.

