

# Anmeldung zur schriftlichen Prüfung (1. Teil)

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

**Mittwoch, 5. November 2025**

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:

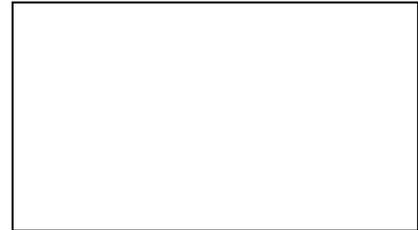
LeiterIn:



**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 **29. August 2025** (Poststempel) an untenstehende Adresse schicken oder an [info@sgap-sppa.ch](mailto:info@sgap-sppa.ch) mailen.

