

Anmeldung zur Facharztprüfung 2025 im Schwerpunkt Geriatrie

 Gewünschte Prüfungssprache: deutsch französisch

| | |
|------------------------|-------|
| Name / Vorname: | ..... |
| Titel: | ..... |
| Adresse: | ..... |
| Tel. | ..... |
| e-mail | ..... |

| | |
|---------------------------------|---|
| Persönliche Angaben: | |
| AHV-Nummer | ..... |
| Pass- oder ID-Nr / Nationalität | ..... |
| Geburtsdatum | ..... |
| Geschlecht | m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> |
| Diplomjahr und Diplomort | ..... |
| SFGG-Mitglied Ja/Nein | ..... |

Bitte geben Sie die postgraduale Ausbildung in NUR Geriatrie in direkter hierarchischer Linie an (zB OA, Leitende Ärzte, Klinikchef) an. Diese Daten sind **unerlässlich**. Sie verhindern, dass Sie einen Prüfer haben, der Ihr direkter Vorgesetzter war.

| Anzahl Monate | Welche (Fach/Inhalt) | Wo (Spital/Ort) |
|---------------|----------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Datum

Unterschrift