

# Antrag auf Bezugsberechtigung von Testmaterial

Zur einmaligen Registrierung als bezugsberechtigte/r Käufer/in von Testmaterial bei der Testzentrale bitten wir Sie, dieses Formular auszudrucken, sorgfältig auszufüllen und uns mit einer Kopie Ihres Diploms zuzusenden.

Testzentrale der Schweizer Psychologen AG  
Länggass-Strasse 76  
CH-3000 Bern 9  
Fax: 031 300 45 90  
E-Mail: [testzentrale@hogrefe.ch](mailto:testzentrale@hogrefe.ch)

## Angaben zur Person:

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Akad. Grad: \_\_\_\_\_

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

Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

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

### Erwachsene:

- Berufsbezogene Verfahren
- Intelligenztests
- Leistungstests
- Persönlichkeitstests
- Medizinpsychologische Verfahren
- Klinische Verfahren
- Neuropsychologische Verfahren

### Kinder und Jugendliche:

- Berufsbezogene Verfahren
- Intelligenztests
- Leistungstests
- Persönlichkeitstests
- Medizinpsychologische Verfahren
- Klinische Verfahren
- Neuropsychologische Verfahren

Ich möchte gerne folgende Kataloge regelmässig nach Erscheinen erhalten:

- Testkatalog gesamt
- Neuerscheinung und Neuauflagen
- Tests für Psychiatrie und Psychotherapie
- Tests für die Schule
- Tests für Logopäden
- Tests für die Wirtschaft
- Hogrefe TestSystem
- Newsletter

Gewünschtes Testmaterial:

---

---

---

Beabsichtigter Verwendungszweck:

---

---

---

- Ich bin **Dipl.- Psychologe/-in** oder **Dipl.- Psychiater/-in**  
Bitte legen Sie eine Kopie Ihres Diploms bez. Urkunde bei
- Ich bin nicht Psychologe/-in und werde nicht supervidiert

Beruf:

---

Psychodiagnostische Kenntnisse und Erfahrungen:

---

---

---

---

Weiterbildungen, Zusatzausbildungen im Zusammenhang mit Testdiagnostik:

---

---

---

---

Sonstiges:

---

---

---

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Akad. Grad: \_\_\_\_\_

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

Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

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

Die Testzentrale behält sich vor, die angegebenen Informationen zu überprüfen.

Ich versichere, die obigen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.  
Im Interesse meiner Klien(inn)en verpflichte ich mich, bestellte Tests sachgerecht zu nutzen und nicht an unbefugte Personen weiterzugeben.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_