

Feedbackbogen

REFERENT



Seminarname

Zweite Zeile Seminarname

Seminardatum

1. Welchen Gesamteindruck hatten Sie von Ihrem Volontärskurs?
Bewerten Sie bitte nach dem Schulnotensystem (1 = sehr gut, 6 = schlecht) und kreuzen an.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie bewerten Sie die folgenden organisatorischen Punkte?

Kursbetreuung und Kursorganisation

Auswahl der Seminarinhalte

Seminarraum

Verpflegung

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zu den Punkten _____



3. Wie bewerten Sie die folgenden inhaltlichen Punkte pro Seminareinheit?

DATUM

THEMA

REFERENT

Auswahl der Inhalte, die im Seminar behandelt wurden

Vermittlung der Inhalte (Einsatz von geeigneten Lehr- und Lernmethoden, aktives Einbinden der Teilnehmer, Eingehen auf Fragen)

Praxisbezug/Persönlicher Nutzen

Fachwissen des/r Referent/in

Inhaltlicher Ablauf (roter Faden)

Zeitlicher Ablauf (Zeitmanagement)

Erreichung des Lernziels

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zu den Punkten _____



Feedbackbogen

DATUM

THEMA

REFERENT

	1	2	3	4	5	6
Auswahl der Inhalte, die im Seminar behandelt wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermittlung der Inhalte (Einsatz von geeigneten Lehr- und Lernmethoden, aktives Einbinden der Teilnehmer, Eingehen auf Fragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxisbezug/Persönlicher Nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachwissen des/r Referent/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhaltlicher Ablauf (roter Faden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitlicher Ablauf (Zeitmanagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erreichung des Lernziels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zu den Punkten _____

DATUM

THEMA

REFERENT

	1	2	3	4	5	6
Auswahl der Inhalte, die im Seminar behandelt wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermittlung der Inhalte (Einsatz von geeigneten Lehr- und Lernmethoden, aktives Einbinden der Teilnehmer, Eingehen auf Fragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxisbezug/Persönlicher Nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachwissen des/r Referent/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhaltlicher Ablauf (roter Faden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitlicher Ablauf (Zeitmanagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erreichung des Lernziels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zu den Punkten _____

Feedbackbogen

4. Würden Sie ein weiteres Seminar bei der ProContent besuchen oder das Programm weiterempfehlen?

ja nein, weil _____

5. Was hat Ihnen in dieser Seminarwoche besonders gut gefallen? _____

6. Was sollten wir in Zukunft besser machen? _____

7. Zu welchem/n Thema/en wünschen Sie sich ein Seminar? _____

Vielen Dank für die Rückmeldung und Ihnen einen guten Heimweg!