

# Evaluationsbogen

der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Veranstaltung:

Datum:

Veranstaltungsnummer:

Veranstalter:

<b>Bewertung:</b>	1 sehr gut	3 befriedigend	5 mangelhaft
	2 gut	4 ausreichend	6 völlig unzureichend

Bitte markieren Sie pro Zeile ein Feld

Auswahl, Zusammenstellung und Aktualität der Themen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Auswahl der Referenten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Präsentation der Vorträge (verwendete Medien, Verständlichkeit der Aussagen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch und Diskussion mit Kollegen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Wurde in den Vorträgen die Firmen- und Produktneutralität gewahrt?	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b> alle Vorträge	<input type="checkbox"/> <b>Überwiegend Ja</b> Mehrzahl der Vorträge	<input type="checkbox"/> <b>Überwiegend Nein</b> Mehrzahl der Vorträge	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>		
Moderation firmen- und produktneutral	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> <b>Überwiegend Ja</b>	<input type="checkbox"/> <b>Überwiegend Nein</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>		
Gesamteindruck	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Anmerkungen: