

Feedback-Bogen



Bitte nimm dir/nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit und beantworte/ beantworten Sie die Fragen. Hierdurch hilfst du/helfen Sie uns, unsere Ausbildung weiterhin zu verbessern.

Sofern nicht anders gekennzeichnet, markierst du deine /markieren Sie Ihre Meinung einfach durch das Ankreuzen des jeweiligen Feldes.

Für unsere Statistik:

Du bist/Sie sind: weiblich männlich

Wann hast du/haben Sie zuletzt einen Kurs in Erster Hilfe besucht?

noch nie vor weniger als 2 Jahren vor 2-5 Jahren

Wie alt bist du/sind Sie?

unter 15 15 bis 18

A. Gesamteindruck

sehr zufrieden zufrieden weniger zufrieden gar nicht zufrieden

B. Ausbilder(in)

	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt weniger	stimmt gar nicht
Der Lehrstoff wurde interessant vermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der Fachkompetenz des Ausbilders bin ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das neue Wissen wurde so vorgetragen, dass ich es nun in der Praxis anwenden könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf meine Fragen wurde eingegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Medien (Flipchart, Folien, Tafel, Video, etc.) wurden gut eingesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Rahmenbedingungen

	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt weniger	stimmt gar nicht
Der Ausbildungsort war gut erreichbar .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Räumlichkeiten waren angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der zeitliche Ablauf war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab ausreichend Pausen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem Service und der Betreuung war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Würdest du/Würden Sie uns an Freunde / Bekannte weiterempfehlen?

- auf jeden Fall bestimmt vielleicht gar nicht
-

E. Aus welchem Grund hast du/haben Sie an diesem Kurs teilgenommen?

- Führerschein Übungs-/Gruppenleiter Interesse / eigene Erfahrungen

Sonstiges: _____

F. Wie bist du/sind Sie auf unser Lehrgangsangebot aufmerksam geworden?

- Freunde / Bekannte Lehrer hat organisiert

Schulangebot sonstiges:

G. Was du/Sie sonst noch sagen wolltest/wollten (Lob, Kritik, Verbesserung zu allen Bereichen):

Vielen Dank für deine/Ihre Meinung!

von der Gliederung/vom Ausbilder auszufüllen:

Ausbilder(in):	Datum:		Gliederung/Organisation:
	von:		
	bis:		
Kursart:	Medizinische Erstversorgung mit Selbstschutzthemen		
Kursform:	<input type="checkbox"/> offen	<input type="checkbox"/> geschlossen	<input type="checkbox"/> Schule
	<input type="checkbox"/> Haus	<input type="checkbox"/> außer Haus	