

Seminarbeurteilung - Teilnehmer

Seminarnummer

Seminartitel

Termin

Referent/-in

Diese Seminarbeurteilung unterstützt uns bei der Auswahl geeigneter Seminare und Referenten für zukünftige Weiterbildungsveranstaltungen. Bitte kreuzen Sie die Bewertung an, die Ihre Meinung am besten wiedergibt:

1=sehr gut; 2=gut; 3=befriedigend; 4=ausreichend; 5=ungenügend; k.A.= keine Angabe.

1. Inhalt

Wie beurteilen Sie den Inhalt des Seminars hinsichtlich,	1	2	3	4	5	k.A.
1.1 Aktualität	<input type="checkbox"/>					
1.2 Praxisbezug	<input type="checkbox"/>					
1.3 Aufbau & Struktur	<input type="checkbox"/>					
1.4 Unterlagen/ Skripte	<input type="checkbox"/>					

2. Referent/-in

Wie beurteilen Sie die Kompetenz des Referenten hinsichtlich,	1	2	3	4	5	k.A.
2.1 Fachwissen	<input type="checkbox"/>					
2.2 Präsentationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>					
2.3 Motivation zur Mitarbeit	<input type="checkbox"/>					
2.4 Medieneinsatz	<input type="checkbox"/>					

3. Organisation

Wie beurteilen Sie die Organisation des Seminars hinsichtlich,	1	2	3	4	5	k.A.
3.1 Raumausstattung & Atmosphäre	<input type="checkbox"/>					
3.2 Verpflegung	<input type="checkbox"/>					
3.3 Seminarbetreuung der Akademie	<input type="checkbox"/>					

4. Allgemein

4.1 Wie beurteilen Sie die Stoffmenge?	Optimal <input type="checkbox"/>	Zu Wenig <input type="checkbox"/>	Zu Viel <input type="checkbox"/>
4.2 Wie beurteilen Sie die Gruppengröße?	Optimal <input type="checkbox"/>	Zu Klein <input type="checkbox"/>	Zu Groß <input type="checkbox"/>
4.3 Wie sind Sie auf die Veranstaltung aufmerksam geworden?	Personalabt. <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>	Führungskraft <input type="checkbox"/>
		Empfehlung Anderer <input type="checkbox"/>	
4.3 Wurden Ihre Seminarziele/Erwartungen erreicht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
4.4 Würden Sie das Seminar weiterempfehlen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
4.5 Sollten die im Seminar behandelten Inhalte durch Folge-seminare vertieft werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche? _____			

5. Meine Anregungen für die Zukunft

Vor-, Nachname Teilnehmer (optional)

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für uns genommen haben!