

Fragebogen: Feedback der TeilnehmerInnen

Trainingskurs/Modul: _____

Datum: _____ Ort: _____

Ihr Feedback zu dem Training ermöglicht uns, das Programm laufend weiter zu verbessern. Wir garantieren die vertrauliche Behandlung Ihrer Angaben.

1. Handelt es sich um Ihren ersten Kurs zu diesem Thema? Ja Nein

2. Hat der Kurs Ihre Erwartungen erfüllt? Ja Nein

Für die folgenden Fragen verwenden Sie bitte das Notesystem 1 – 6 (1 – gar nicht, 6 – total):

3. Lernziele und Inhalte des Kurses:

Die Lernziele wurden erreicht	1	2	3	4	5	6
Der Kurs beinhaltet praktisch verwertbares Know-how	1	2	3	4	5	6
Die Themen sind gut strukturiert aufbereitet	1	2	3	4	5	6
Theorie und Praxis stehen in einem ausgeglichenen Verhältnis	1	2	3	4	5	6

4. Methodik:

Die Kursmethoden unterstützen das inhaltliche Verständnis	1	2	3	4	5	6
Die technische Ausstattung ist ausreichend und angebracht	1	2	3	4	5	6
Die Dokumentation ist relevant und gut organisiert	1	2	3	4	5	6

5. Organisatorisches:

Die Räumlichkeiten sind für den Kurs gut geeignet	1	2	3	4	5	6
Die administrative Unterstützung ist gut organisiert	1	2	3	4	5	6

6. TrainerInnen:

Name des/der TrainerIn: _____

Fachwissen ausreichend vorhanden	1	2	3	4	5	6
Klare Präsentationstechniken angewendet	1	2	3	4	5	6
Nötige Intervention an geeigneten Stellen	1	2	3	4	5	6
Gutes Klima zwischen TrainerIn und Gruppe	1	2	3	4	5	6

Name des/der TrainerIn: _____

Fachwissen ausreichend vorhanden	1	2	3	4	5	6
Klare Präsentationstechniken angewendet	1	2	3	4	5	6
Nötige Intervention an geeigneten Stellen	1	2	3	4	5	6
Gutes Klima zwischen TrainerIn und Gruppe	1	2	3	4	5	6

7. Die Dauer des Kurses war:

zu lang passend zu kurz

Bitte kommentieren Sie Ihre Wahl:

8. Bitte kreuzen Sie an, was Ihnen im Kurs am besten gefallen hat und was verbessert werden sollte:

	Positive Aspekte	Verbesserungswürdig
Training relevance/applicability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methodik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balance von Theorie und Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technische Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionalität des/der Trainers/Trainerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klima unter den TeilnehmerInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhältnis zwischen TeilnehmerInnen und TrainerIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrative Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollten Sie „Sonstiges“ gewählt haben, antworten Sie bitte auf folgende Bereiche:

Sonstige positive Aspekte:

Sonstige Aspekte, die verbessert werden sollten:

9. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Kurs?

nicht zufrieden zufrieden sehr zufrieden

Name: _____

Datum: _____

Herzlichen Dank für Ihr Feedback!