

Zufriedenheit des Dozenten / der Dozentin

Kurs / Kurs-Nr. /	
Periode:	
Datum:	
Name:	

- | | zufrieden | | unzufrieden | | | |
|--|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|---|---|
| 1. Wie gut verlief aus Ihrer Sicht die Veranstaltung im Ganzen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Stimmt die Erwartungen der Teilnehmenden mit den von Ihnen angebotenen Inhalten überein? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Wie beurteilen Sie die Mitarbeit der Teilnehmenden? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Haben Sie Ihre inhaltlichen Ziele erreicht? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Wie gut war die Zusammenarbeit mit beteiligten Dozenten und Dozentinnen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Wie zufrieden waren Sie mit den verfügbaren Unterrichtsmaterialien? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Wie zufrieden waren Sie mit der Zusammenarbeit mit der KEB-Geschäftsstelle bzw. Familienbildungsstätte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Wie zufrieden waren Sie mit dem Veranstaltungsraum? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Wurde eine Weiterführung von den Teilnehmenden gewünscht? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | | |

10. Anregungen, Bemerkungen, Kritik

11. Fortbildungswunsch
