



FÖRDERKREIS ZAHNGESUNDHEIT MITTELFRAKEN e. V. (FZM)

Geschäftsstelle: FZM – Wettersteinstr. 43, 90471 Nürnberg
Tel.: 0911/2852370 – Fax: 0911/2852369
Bankverbindung: Deutsche Apotheker- u. Ärztebank eG Nbg.,
IBAN DE57 3006 0601 0004 8039 30 BIC DAAEEDXXX
www.fzm-ev.de - E-Mail: fzm-ev@t-online.de

Der FZM bittet um Seminarbeurteilung

Bewertung wie Schulnoten: 1=sehr gut/volle Zustimmung bis 6=schlecht/gar keine Zustimmung

Seminar STRATEGIE- UND ZIELPLANUNG IN DER ZA-PRAXIS VON HEUTE

Referent GISELA STRAUSS

19.02.2019

Zum Seminarinhalt:

	1	2	3	4	5	6
1. Der Inhalt war für mich interessant	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Meine inhaltlichen Erwartungen wurden erfüllt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie beurteilen Sie den Aufbau des Seminars?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie beurteilen Sie die Darstellung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hatten die Seminarinhalte konkreten Praxisbezug?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das hat mir besonders gut gefallen:

Die positive Einstelley der Referentin

Was würde ich verändern?

Beurteilung der Seminarleitung:

	1	2	3	4	5	6
6. War der Referent fachlich gut und sicher?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurden die Inhalte verständlich und anschaulich vermittelt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wurde auf die Teilnehmer eingegangen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. War die Geschwindigkeit der Themen in Ordnung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. War der Referent gut organisiert und vorbereitet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das hat mir besonders gut gefallen:

Was würde ich verändern?

Seminar-Organisation

	1	2	3	4	5	6
11. Wie zufrieden sind sie mit der Betreuung während des Seminars?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. War die Länge des Seminars ausreichend?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. War der Raum geeignet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wie beurteilen sie die Qualität der Verpflegung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seminar-Organisation

	1	2	3	4	5	6
15. Ich gebe dem Seminar die Gesamtnote	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ist eine weitere Vertiefung der Themen gewünscht?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An welchen Themen sind Sie noch interessiert?

Weitere Anregungen/Bemerkungen:

(kann auch noch auf der Rückseite notiert werden)



FÖRDERKREIS ZAHNGESUNDHEIT MITTELFRANKEN e. V. (FZM)

Geschäftsstelle: FZM – Wettersteinstr. 43, 90471 Nürnberg
Tel.: 0911/2852370 – Fax: 0911/2852369
Bankverbindung: Deutsche Apotheker- u. Ärztebank eG Nbg.,
IBAN DE57 3006 0601 0004 8039 30 BIC DAAEDEDXXX
www.fzm-ev.de - E-Mail: fzm-ev@t-online.de

Der FZM bittet um Seminarbeurteilung

Bewertung wie Schulnoten: 1=sehr gut/volle Zustimmung bis 6=schlecht/gar keine Zustimmung

Seminar STRATEGIE- UND ZIELPLANUNG IN DER ZA-PRAXIS VON HEUTE

Referent GISELA STRAUSS

19.02.2019

Zum Seminarinhalt:

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Der Inhalt war für mich interessant | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Meine inhaltlichen Erwartungen wurden erfüllt | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wie beurteilen Sie den Aufbau des Seminars? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wie beurteilen Sie die Darstellung? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hatten die Seminarinhalte konkreten Praxisbezug? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Das hat mir besonders gut gefallen:

Was würde ich verändern?

Beurteilung der Seminarleitung:

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. War der Referent fachlich gut und sicher? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wurden die Inhalte verständlich und anschaulich vermittelt? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wurde auf die Teilnehmer eingegangen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. War die Geschwindigkeit der Themen in Ordnung? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. War der Referent gut organisiert und vorbereitet? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Das hat mir besonders gut gefallen:

Was würde ich verändern?

Seminar-Organisation

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Wie zufrieden sind sie mit der Betreuung während des Seminars? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. War die Länge des Seminars ausreichend? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. War der Raum geeignet? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Wie beurteilen sie die Qualität der Verpflegung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Seminar-Organisation

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. Ich gebe dem Seminar die Gesamtnote | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ist eine weitere Vertiefung der Themen gewünscht? | Ja | <input checked="" type="checkbox"/> | | Nein | <input type="checkbox"/> | |

An welchen Themen sind Sie noch interessiert?

Weitere Anregungen/Bemerkungen:

(kann auch noch auf der Rückseite notiert werden)