

Veranstaltungs-Evaluation

Art, Ort und Datum der Veranstaltung: _____

Inhalt

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Inwieweit hat die Veranstaltung Ihre Erwartungen bezüglich | sehr gut | | | | mangelhaft |
| - Überblick | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Inhalt erfüllt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Methodik & Referent(-en)

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. Wie beurteilen Sie die Möglichkeit für
Diskussionsbeiträge und Gespräche? | sehr gut | | | | mangelhaft |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wie beurteilen Sie die Dozentin/den Dozenten/die Dozenten
bezüglich ihrer/seiner | | | | | |
| - Sachkompetenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vortragsweise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Klärung der Fragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allgemeines

4. Was hat Ihnen gut gefallen?

5. Was hat Ihnen nicht so gut gefallen?

6. Anregungen/Wünsche an die Offensive Mittelstand

Vielen Dank für Ihr Feedback!