



### Evaluationsbogen zur Fortbildungsinitiative

<b>Thema: „First-line Therapie des folliculären Lymphoms“</b>						
<b>Referent:</b>						
<b>Ort:</b>		<b>Datum:</b>		<b>Uhrzeit:</b>		
<b>Bewertung:</b>	<i>1 = sehr gut</i>	<i>2 = gut</i>	<i>3 = befriedigend</i>			
	<i>4 = ausreichend</i>	<i>5 = mangelhaft</i>	<i>6 = völlig unzureichend</i>			
<b>Bitte markieren Sie zur Bewertung pro Zeile ein Feld.</b>						
Technische Organisation (Ankündigung, Anmeldemodalitäten, Ablauf, Lokalität)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Auswahl des Themas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Auswahl des Referenten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Vortragsstil des Referenten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Qualität der visuellen Präsentation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Klinische Relevanz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Aktualität der Inhalte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Eigener Erkenntnisgewinn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Möglichkeit zur Nachfrage / Diskussion	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Einhaltung des Zeitrahmens	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Wurde die Produktneutralität im Vortrag gewahrt?			<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Gesamtbeurteilung der Veranstaltung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Kommentar:

---



---

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**

**Persönliche Daten**

*Diese Angaben sind freiwillig. Sie dienen der Einschätzung, ob die angestrebte Zielgruppe erreicht wurde und der Vorbereitung neuer Veranstaltungen.*

*Fachärztin/Facharzt*

*Ärztin/Arzt in Weiterbildung*

*Approbationsjahr:*

*Fachgebiet:*

*Erworbene Zusatzbezeichnungen:*

*niedergelassen*

*angestellt in Klinik*

*sonstiges*