



## Bewertung der Qualifizierungsmaßnahme

\_\_\_\_\_  
Titel der Maßnahme

\_\_\_\_\_  
Termin der Maßnahme

\_\_\_\_\_  
Anzahl der Schulungstage

**Bitte ankreuzen**

	trifft überhaupt nicht zu	trifft ein wenig zu	trifft genau zu
Die Maßnahme hat meine Erwartungen voll erfüllt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der vermittelte Stoffumfang entsprach der Ankündigung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Maßnahme war für meine Vorkenntnisse zu anspruchsvoll .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Ausbilder/die Lehrkraft konnte den Stoff anschaulich vermitteln .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Verhältnis von Lernzeit und Übungszeit war angemessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mischung der eingesetzten Lehrmethoden war dem Thema angemessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die zur Verfügung gestellten Lehrmaterialien waren gut geeignet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Räumlichkeit und die (technisch/mediale) Ausstattung waren zufriedenstellend .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Maßnahme war geeignet, die künftigen betrieblichen Anforderungen erfüllen zu können .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Anmerkungen .....

.....

.....

.....

Erstellt am: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_