

# Ihre Meinung ist gefragt!

Sehr geehrte Kursteilnehmerin, sehr geehrter Kursteilnehmer,

um unseren Service verbessern und unser Bildungsangebot Ihren Wünschen entsprechend gestalten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung. Daher möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen möglichst sorgfältig und vollständig auszufüllen. Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns recht herzlich.

**Ihr VHS-Team**

Kursnummer der besuchten Veranstaltung: \_\_\_\_\_ Beginn: \_\_\_\_\_

Kurstitel: \_\_\_\_\_

## Wie würden Sie für die o. g. Veranstaltung folgende Bereiche bewerten?

*Legende: 1 = hervorragend, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, x = kann ich nicht bewerten*

	1	2	3	4	5	x
unsere Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unser Anmeldeverfahren (E-Mail, Online, schriftlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unsere Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die/den Dozent/in: fachliche Kompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die/den Dozent/in: Umgangsstil mit den Teilnehmer/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Unterrichtsmaterialien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihren persönlichen Lernerfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Lernatmosphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unsere Räumlichkeiten/Unterrichtsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Würden Sie den Kurs weiterempfehlen?  Ja  Nein

Falls Sie Inhalte vermisst haben, welche?

\_\_\_\_\_

Was hat Ihnen besonders gefallen?

\_\_\_\_\_

Was könnte verbessert werden?

\_\_\_\_\_

## Wie beurteilen Sie ....?

	1	2	3	4	5	x
unseren Service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unser Kursangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unser Programmheft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unseren Internetauftritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unsere Öffnungszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sie sind  männlich  weiblich Wie alt sind Sie? \_\_\_\_\_ Jahre

## Vielen Dank für Ihre Teilnahme und Mithilfe bei unserer Qualitätssicherung!

Rückgabe an die Verwaltung (Briefkasten, Fax: 05451/931-792 oder per Post) sowie Dozentin oder Dozenten oder direkt im Internet unter [www.vhs-ibbenbueren.de](http://www.vhs-ibbenbueren.de).