

Feedback Teilnehmer:innen

Wir wollen mit unseren Veranstaltungen ansprechende Angebote schaffen. Mit Deinem Feedback zur Veranstaltung kannst Du uns dabei helfen. Lies Dir bitte die Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten genau durch.

Frage zu Deiner Stimmung und Empfinden in der Veranstaltung

Zunächst möchten wir gerne von Dir wissen, wie Deine Stimmung während der Veranstaltung war. Lies jedes Wort und kreuze an, welches auf Deine Stimmung während der Veranstaltung zutrifft. Du kannst mehrere ankreuzen, wenn du magst.

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | aktiv | <input type="checkbox"/> | begeistert | <input type="checkbox"/> | wach |
| <input type="checkbox"/> | interessiert | <input type="checkbox"/> | gelangweilt | <input type="checkbox"/> | aufmerksam |
| <input type="checkbox"/> | verärgert | | | | |

Fragen zur Leitung der Veranstaltung

Die Person, die den Workshop gehalten hat...

... stellte den Workshop zu Beginn der Veranstaltung vor.

... strukturierte die Veranstaltung. Der Ablauf der Veranstaltung war logisch.

... ging auf Fragen, Anmerkungen etc. der Teilnehmenden ein und stand für Rückfragen zur Verfügung.

... war während des Workshops interessiert und aktiv.

	trifft völlig zu	trifft überwiegend zu	teils/ teils	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu der Veranstaltung

Die Menge an Inhalten bei der Veranstaltung war...

Der Schwierigkeitsgrad des Stoffes war...

Die Zeit für die einzelnen Aufgaben war...

	viel zu gering	eher zu gering	optimal	eher zu hoch	viel zu hoch
...	<input type="checkbox"/>				
...	<input type="checkbox"/>				
...	<input type="checkbox"/>				

Zusammenfassende Bewertung der Veranstaltung

Die Aufgaben der Veranstaltung waren vielfältig und passend gewählt.

Es gab ausreichend Möglichkeiten für Diskussionen.

	trifft völlig zu	trifft überwiegend zu	teils/ teils	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft völlig zu	trifft überwiegend zu	teils/ teils	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu
Die Inhalte der Veranstaltung entsprachen meinen Vorstellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Neues gelernt bei der Veranstaltung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Inhalte aus der Veranstaltung in meinem Alltag anwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden mit der Veranstaltung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würdest Du die Veranstaltung weiterempfehlen?	Ja <input type="checkbox"/>	Eher ja <input type="checkbox"/>	Eher nein <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Welche Aufgabenstellungen, Inhalte oder Materialien fandest Du besonders gelungen?

Wo siehst Du Verbesserungsbedarf?

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ort | <input type="checkbox"/> | Aufgabenstellungen |
| <input type="checkbox"/> | Inhalte | <input type="checkbox"/> | Personen, die die Veranstaltung geleitet haben |
| <input type="checkbox"/> | Keine Verbesserungswünsche | <input type="checkbox"/> | Sonstiges: _____ |

Allgemeine Fragen zur Teilnahme und Organisation der Veranstaltung

Die Veranstaltung war eine...

- Pflichtveranstaltung.
 Freiwillige Veranstaltung.
 Keins von beidem

Wann hat die Veranstaltung stattgefunden?

- Schule/ Arbeitszeit
 Freizeit

Fragen zu Deiner Person

An welche Schule gehst Du?

- | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Oberschule | <input type="checkbox"/> | Gymnasium |
| <input type="checkbox"/> | Berufsschule | <input type="checkbox"/> | Förderschule |

In welche Klasse gehst Du? _____

Wie lautet deine Postleitzahl? _____

Gibt es noch etwas, das du uns sagen möchtest?
