



**Weiterbildungskurs:**

**Developing new immune therapies to treat Type 1 diabetes**

---

**Referent:**

Dr. Frank Waldron-Lynch

**Institut/Ort:**

Endokrinologie, Diabetologie & Metabolismus, USB

**Datum:**

21. November 2018

**Zeit:**

11:45 - 12:30 Uhr

**Sprache:**

englisch

**Anzahl Fortbildungspunkte:**

0

---

**Wir bestätigen, dass**

---

**folgende Weiterbildungsveranstaltung besucht hat:**

**Developing new immune therapies to treat Type 1 diabetes**

---

Basel, den  
21. November 2018

---

Unterschrift/Stempel

---

# Feedback-Fragebogen



<b>Veranstaltung, Ort + Datum</b>	Endokrinologie, Diabetologie & Metabolismus, USB , 21. November 2018			
<b>Thema + ReferentInnen</b>	Developing new immune therapies to treat Type 1 diabetes / Dr. Frank Waldron-Lynch			
<b>Kommentar zur Veranstaltung</b>	Stoffauswahl / Schwerpunkte	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
	Struktur / Aufbau	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
	Präsentation / Didaktik	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
	Nutzen für die Praxis	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
	Verteilte Unterlagen	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
	Gesamteindruck	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
	<i>A=sehr gut B=genügend C=schlecht</i>			
<b>Persönliche Angaben</b>	Alter / Geschlecht	Jahre:	w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>
	Welchen FMH-Titel haben Sie?			
	Sind Sie in einem Spital oder einer Praxis tätig?	Spital <input type="checkbox"/>	Praxis <input type="checkbox"/>	
	Seit wie vielen Jahren?			
	Besuchen Sie regelmässig Fortbildungsveranstaltungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
	Welche Themen interessieren Sie besonders?			
<b>Vorschläge für weitere Fragen</b>				

**Bitte dieses Formular dem Veranstalter abgeben!**