

**Weiterbildungskurs:**

**Diaklinik**

---

**Referent:**

Prof. Dr. P. Häusermann et al.

**Institut/Ort:**

Universitätsspital Basel, Dermatologie

**Datum:**

02. Mai 2019

**Zeit:**

15:00 - 16:00 Uhr

**Sprache:**

D

**Anzahl Fortbildungspunkte:**

1

**Wir bestätigen, dass**

---



**folgende Weiterbildungsveranstaltung besucht hat:**

**Diaklinik**

---

Basel, den  
02. Mai 2019

Unterschrift/Stempel

---

# Feedback-Fragebogen



<b>Veranstaltung, Ort + Datum</b>	Universitätsspital Basel, Dermatologie, 02. Mai 2019			
<b>Thema + ReferentInnen</b>	Diaklinik / Prof. Dr. P. Häusermann et al.			
<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!**