



**Weiterbildungskurs:**

**Myotonic Dystrophy: From Mechanisms to Models**

---

**Referent:**

Prof. Ruben Artero, Valencia

**Institut/Ort:**

Neurologie, Neurochirurgie und Neurologische Grenzgebiete, USB

**Datum:**

04. Juni 2020

**Zeit:**

13:15 - 14:00 Uhr

**Sprache:**

Englisch

**Anzahl Fortbildungspunkte:**

0

---

Wir bestätigen, dass

---

folgende Weiterbildungsveranstaltung besucht hat:

**Myotonic Dystrophy: From Mechanisms to Models**

---

Basel, den  
04. Juni 2020

---

Unterschrift/Stempel

---

# Feedback-Fragebogen



|                                      |   |   |                                 |                            |
|--------------------------------------|---|---|---------------------------------|----------------------------|
| <b>Veranstaltung, Ort + Datum</b>    | Neurologie, Neurochirurgie und Neurologische Grenzgebiete, USB, 04. Juni 2020       |   |                                 |                            |
| <b>Thema + ReferentInnen</b>         | <b>Myotonic Dystrophy: From Mechanisms to Models / Prof. Ruben Artero, Valencia</b> |   |                                 |                            |
| <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!**