



**Weiterbildungskurs:**

**Update Ortho-Trauma-Hand: Fortbildung für Hausärzte  
und Physiotherapeuten Modul: Knie**

---

**Referent:**

PD Dr. Christian Egloff

**Institut/Ort:**

Klinik für Orthopädie & Traumatologie, USB

**Datum:**

12. März 2020

**Zeit:**

17:00 - 19:30 Uhr

**Sprache:**

Deutsch

**Anzahl Fortbildungspunkte:**

3

---

**Wir bestätigen, dass**

---

**folgende Weiterbildungsveranstaltung besucht hat:**

**Update Ortho-Trauma-Hand: Fortbildung für Hausärzte  
und Physiotherapeuten Modul: Knie**

---

Basel, den  
12. März 2020

---

Unterschrift/Stempel

---

# Feedback-Fragebogen



|                                      |  |                                 |                                 |                            |
|--------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| <b>Veranstaltung, Ort + Datum</b>    | Klinik für Orthopädie & Traumatologie, USB, 12. März 2020  |                                 |                                 |                            |
| <b>Thema + ReferentInnen</b>         | <b>Update Ortho-Trauma-Hand: Fortbildung für Hausärzte und Physiotherapeuten Modul: Knie / PD Dr. Christian Egloff</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!**