



**Weiterbildungskurs:**

**Kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung. Es lädt ein:  
Prof. S. Bassetti**

---

**Referent:**

PD Dr. M. Brodmann Mäder, Präsidentin SIWF

**Institut/Ort:**

Innere Medizin, USB

**Datum:**

30. Juni 2022

**Zeit:**

11:15 - 12:15 Uhr

**Sprache:**

Deutsch

**Anzahl Fortbildungspunkte:**

1

---

**Wir bestätigen, dass**

---

**folgende Weiterbildungsveranstaltung besucht hat:**

**Kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung. Es lädt ein:  
Prof. S. Bassetti**

---

Basel, den  
30. Juni 2022

---

Unterschrift/Stempel

---

# Feedback-Fragebogen



|                                      |   |                                 |                                 |                            |
|--------------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| <b>Veranstaltung, Ort + Datum</b>    | Innere Medizin, USB, 30. Juni 2022  |                                 |                                 |                            |
| <b>Thema + ReferentInnen</b>         | Kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung. Es lädt ein: Prof. S. Bassetti / PD Dr. M. Brodmann Mäder,<br>Präsidentin SIWF |                                 |                                 |                            |
| <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!**