

Sehr geehrte Teilnehmende,  
die von Ihnen besuchte Veranstaltung wurde durch die Ärztekammer Nordrhein für den Erwerb des Fortbildungszertifikates anerkannt. Bei diesen Veranstaltungen ist eine obligatorische Evaluation durch die Teilnehmenden vorgesehen. Bitte tragen Sie zur Qualitätssicherung der Fortbildung, durch die Rückgabe des ausgefüllten Evaluationsbogens an den Veranstalter, bei.

Für Ablauf und Inhalt der Veranstaltung ist der einladende Veranstalter verantwortlich.

Titel: \_\_\_\_\_

Datum der Veranstaltung:

Veranstaltungsnummer:

Ärztin/Arzt in Weiterbildung

Fachärztin/Facharzt für:

Sonstiges: \_\_\_\_\_

bis 29 Jahre

30 bis 39 Jahre

40 bis 49 Jahre

50 bis 59 Jahre

60 bis 65 Jahre

über 65 Jahre

**Tätig in?**

Klinik

Praxis

Sonstiges:

**Wie sind Sie auf die Fortbildung aufmerksam geworden?**

Flyer

Homepage der ÄkNo

Empfehlung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

<b>Bitte bewerten Sie die Fortbildung</b> (1 = vollständig erfüllt bis 4 = gar nicht erfüllt)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Meine Erwartungen hinsichtlich der Ziele und Themen haben sich erfüllt				
Die Inhalte wurden didaktisch gut vermittelt				
Die Inhalte waren auf dem aktuellen Stand				
Die Fortbildung war inhaltlich gut strukturiert				
Der Fortbildung hat Relevanz für meine praktische ärztliche Tätigkeit				
Gemessen am zeitlichen und organisatorischen Aufwand hat sich die Teilnahme an dieser Fortbildung für mich gelohnt				
Die Fortbildung war produktneutral / firmenbezogene Werbung konnte nicht festgestellt werden				
Die Qualität des Schriftmaterials (falls vorhanden) war gut				
Die Qualität der visuellen Medien (falls vorhanden) war gut				

**Möchten Sie noch etwas mitteilen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_