

B-3 Kurzfragebogen zur Fortbildung "Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung"

Dieser Fragebogen ist für unterschiedliche Fortbildungen vorgesehen. Bitte lassen Sie nicht zutreffende Fragen in Absprache mit dem Leitungsteam frei. Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

1. Wie beurteilen Sie die folgenden Aspekte der Veranstaltung? (Bitte in jeder Zeile eine "Note" ankreuzen ☒)

		sehr gut				sehr schlecht	
<i>Ablauf</i>	Klarheit der Ziele der Veranstaltung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	zeitlicher Aufbau, Dauer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	inhaltlicher Aufbau, Struktur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Bezug zum Berufsalltag	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<i>Methoden der Fortbildung</i>	Auswahl der Methoden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Abwechslung der Methoden (soweit beim Thema möglich)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	die Arbeitsmaterialien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<i>Das Leitungsteam</i>	Rollenverteilung, Abstimmung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Wissen, Fachkompetenz zum Thema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Art der Vermittlung, Verständlichkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Gruppenleitung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Einstellen auf die betriebliche Situation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<i>Gastreferenten/innen (falls anwesend)</i>	Gesamteindruck	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<i>Die Teilnehmer/innen</i>	Gruppengröße	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Gruppenklima	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Diskussionsbeiträge anderer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	eigene Diskussionsbeiträge	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<i>Rahmenbedingungen</i>	Räumlichkeiten, Technik etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

2. Wie viel hat die Veranstaltung in den unten genannten Bereichen "gebracht"?

	sehr viel	viel	wenig	nichts
Neues Wissen zu gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kenntnis neuer Methoden der Mitarbeiterführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kenntnisse zu Auswirkungen von Führungsverhalten auf die Gesundheit von Mitarbeitern/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kenntnisse zu Auswirkungen der Führungsposition auf die eigene Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönliche Auseinandersetzung mit der eigenen Führungsrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit zur Selbstbeobachtung in Führungssituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit zur Streßreduktion in schwierigen Führungssituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(falls mehrteilig:) Motivation für die Folgeveranstaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes, nämlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wird die Veranstaltung irgendwelche Konsequenzen für Ihren Arbeitsalltag haben?

nein, vermutlich nicht

weiß noch nicht

ja, nämlich (*bitte in Stichwörtern*):

4. Was hat Ihnen an der Veranstaltung besonders gut bzw. besonders schlecht gefallen?

Besonders gut fand ich:

Besonders schlecht fand ich:

5. Wie bewerten Sie rückblickend die Veranstaltung insgesamt? (Bitte wieder "Note" ankreuzen)

sehr gut 1 2 3 4 5 6 sehr schlecht

Alter in Jahren:

_____ Jahre

Geschlecht:

weiblich

männlich

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!