

# Feedbackbogen

## Fragebogen zur Beurteilung der durchgeführten Qualitätszirkel-Sitzung

Die folgenden Fragen dienen der Bewertung der QZ-Sitzung in Kooperation mit Vertretern von Selbsthilfegruppen. (Bitte beziehen Sie bei der Beantwortung der Fragen auch die Meinungen und Rückmeldungen der anderen Teilnehmer der Sitzung mit ein. Herzlichen Dank!)

Bitte per Fax an 0711 7875-483886

Thema:					
Datum:		Name des QZ-Moderators:			
Name der Selbsthilfegruppe:					
Name des Qualitätszirkels:					
Welche Form der Zusammenarbeit haben Sie für die durchgeführte QZ-Sitzung gewählt?					
Punktuelle Öffnung eines bereits bestehenden Qualitätszirkels					<input type="checkbox"/>
Kontinuierliche Zusammenarbeit oder geplante kontinuierliche Zusammenarbeit im QZ					<input type="checkbox"/>
Initiierung eines neuen Qualitätszirkels					<input type="checkbox"/>
Gesamteindruck	Beurteilung				
	++	+	0	-	--
Waren Sie mit der QZ-Sitzung insgesamt zufrieden?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragen zum Sitzungsverlauf und Sitzungsergebnis	Beurteilung				
	++	+	0	-	--
Entsprach der Ablauf der Sitzung Ihren Vorstellungen?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War die Sitzung unter der Beteiligung von Selbsthilfegruppen für Sie gewinnbringend?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Atmosphäre während der Sitzung?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark waren Sie als Moderator gefordert?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konnte der vorgegebene Zeitrahmen eingehalten werden?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie weitere Sitzungen dieser Art durchführen?					
	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, gibt es bereits einen Termin?					
	Datum:				
Wenn nein, warum?					
Was hat Ihnen an der gemeinsamen QZ-Sitzung mit Selbsthilfegruppen gefallen?					