

Ihre Meinung ist gefragt, damit wir gemeinsam besser werden...

Wir würden gern gemeinsam mit Ihnen die Zukunft gestalten. Durch ihr Feedback können wir unsere Leistungen besser beurteilen und mit Ihnen stetig verbessern. Teilen Sie uns mit, was Ihnen an Ihrer Aus- und Weiterbildung bzw. Studium oder in Kooperation mit uns als Bildungsträger gefallen hat, aber auch, was Ihnen missfallen hat bzw. was Sie vermissen. Ihre Stimme ist uns wichtig – anonym oder nicht anonym. Vielen Dank für Ihre Unterstützung...

Name Vorname Kurs/Einrichtung

Bildungsteilnehmer... ▼

in der Ausbildungsrichtung
Altenpflege
Physiotherapie
....
in der Weiterbildung
I/A
Onkologie
...
im Studium

Mitarbeiter / Externer Dozent

Mitarbeiter
externer Dozent
Praktikant

Bildungspartner

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Zeitung Internet Bekannte/Verwandte Messestand Arbeitsamt/Jobvermittler

Wie zufrieden sind Sie...

	sehr gut	gut	befriedigend	weniger gut
mit der Gestaltung der Lehrveranstaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit den Materialien / Medien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit den Dozenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit der technische Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit den Lehrkabinetten/Skills Center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit der Praktischen Begleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit der Dienstleistung rund um die Bildung <small>Organisatorische Rahmenbedingungen, Service für die BT)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit meinem Lernerfolgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Transfer des Gelernten in die Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen/Erläuterungen

Was finden Sie an der Akademie der Gesundheit Berlin/Brandenburg e.V. gut?

Was finden Sie an der Akademie der Gesundheit Berlin/Brandenburg e.V. weniger gut?

Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen...

Mein Feedback kann online zu sehen sein

Mein Feedback soll nur an die AdG gesendet werden, aber nicht veröffentlicht werden

Hinweis zum Daten- und Persönlichkeitsschutz: Antworten, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen oder Persönlichkeitsrechte verletzen könnten, werden nicht weitergeleitet.

Feedback jetzt senden