

## Evaluierungsbogen für Gesundheitsbildungsmaßnahmen gem. Ziffer 2.4 BAR-Rahmenvereinbarung

(zum Verbleib beim Veranstalter der Gesundheitsbildenden Maßnahmen)

Bitte geben Sie uns mit diesem Fragebogen kurz Rückmeldung zur aktuellen Veranstaltung. Sie helfen uns damit unser Angebot weiter zu verbessern. Herzlichen Dank!

### VERANSTALTUNG UND ZUGANG

Bundesland: ..... Datum: .....

Titel der Veranstaltung: .....

### Wie wurden Sie auf die Veranstaltung(en) zu den Gesundheitsbildungsmaßnahmen aufmerksam?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzgruppenleiter/Übungsleiter | <input type="checkbox"/> Andere(s): ..... |
| <input type="checkbox"/> Betreuender Herzgruppenarzt    | .....                                     |
| <input type="checkbox"/> Informationsflyer/-unterlagen  |   |

### BEWERTUNG DER VERANSTALTUNG

**Bitte beurteilen Sie den/die Referenten.**

*Wie beurteilen Sie...*

	sehr gut 1	gut 2	befriedi- gend 3	aus- reichend 4	mangel- haft 5
1. ... die Vortragsweise?	<input type="checkbox"/>				
2. ... die Herstellung von Bezügen zum Alltag?	<input type="checkbox"/>				
3. ... die Möglichkeit für Fragen und Austausch?	<input type="checkbox"/>				

**Bitte beurteilen Sie die Inhalte.**

*Wie beurteilen Sie...*

	sehr gut 1	gut 2	befriedi- gend 3	aus- reichend 4	mangel- haft 5
4. ... die Auswahl der Inhalte?	<input type="checkbox"/>				
5. ... den Umfang der Inhalte?	<input type="checkbox"/>				
6. ... die Verständlichkeit der Inhalte?	<input type="checkbox"/>				
7. ... den Nutzen der Inhalte für den Umgang mit Ihrer Herzerkrankung im Alltag?	<input type="checkbox"/>				

**Bitte beurteilen Sie das Material.**

<b>Wie beurteilen Sie...</b>	sehr gut 1	gut 2	befriedi- gend 3	aus- reichend 4	mangel- haft 5
8. ... die Gestaltung der Vortragsfolien?	<input type="checkbox"/>				
9. ... die Saaltechnik?	<input type="checkbox"/>				
10. ... ggf. ausgegebenes Informationsmaterial?	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Ich habe kein Informationsmaterial erhalten					

**Wie sehr treffen die folgenden Aussagen zu?**

<b>Durch die Veranstaltung habe ich...</b>	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft eher zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5
11. ... mein Wissen zu meiner Herzerkrankung erweitert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... weitere Anregungen zum Umgang mit meiner Erkrankung bzw. zur Verbesserung meiner Gesundheit im Alltag bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ... die Absicht gewonnen etwas an meinen Lebensgewohnheiten zu verändern bzw. bisherige Aktivitäten fortzusetzen, um meine Gesundheit zu bessern oder zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte beurteilen Sie die Organisation der Veranstaltung.**

	1	2	3
14. Dauer der Veranstaltung	<input type="checkbox"/> zu kurz	<input type="checkbox"/> passend	<input type="checkbox"/> zu lang
15. Gruppengröße/Teilnehmerzahl	<input type="checkbox"/> zu gering	<input type="checkbox"/> passend	<input type="checkbox"/> zu groß
16. Veranstaltungsraum	<input type="checkbox"/> zu klein	<input type="checkbox"/> passend	<input type="checkbox"/> zu groß

**Gesamtbewertung**

	ganz sicher 1	2	3	4	auf keinen Fall 5
17. Würden Sie die Veranstaltung anderen Herzpatienten weiterempfehlen?	<input type="checkbox"/>				

**Anmerkungen, Anregungen, Themenvorschläge, Lob, Kritik:**

---



---

**ANGABEN ZU IHRER PERSON**

**Geschlecht**

weiblich       männlich

**Lebensalter**

..... Jahre

**Wie ist Ihre Verbindung zur Herzgruppe?**

Herzsportgruppenteilnehmer       Angehöriger

Andere(r): .....