

# FEEDBACK

» **BOGEN** Datum .....



Landesinstitut für  
Lehrerbildung und  
Schulentwicklung

Abteilung Fortbildung  
Agentur für Schulberatung  
Fax: 42 88 42 689

Schule \_\_\_\_\_  
Thema \_\_\_\_\_  
Externer Anbieter \_\_\_\_\_  
Bewilligungszeitraum \_\_\_\_\_ Einsatznummer \_\_\_\_\_  
Wer gibt das Feedback? Name \_\_\_\_\_ Funktion \_\_\_\_\_

**01** Wie zufrieden waren Sie mit der Arbeit des Beraters/ der Beraterin/ des Fortbildners/ der Fortbildnerin?

SEHR UNZUFRIEDEN  1  2  3  4 SEHR ZUFRIEDEN

Erläuterungen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**02** Wie genau hat die Beraterin/der Berater sich mit Ihnen über die Ziele der Unterstützung verständigt?

GAR NICHT  1  2  3  4 SEHR GENAU

Erläuterungen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**03** In wie weit sind diese Ziele erreicht worden?

GAR NICHT  1  2  3  4 VOLLSTÄNDIG

Erläuterungen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**04** Wie zufrieden sind Sie mit der Beratungs- und Vermittlungsleistung der Agentur?

SEHR UNZUFRIEDEN  1  2  3  4 SEHR ZUFRIEDEN

Erläuterungen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ihr **Fazit** für uns > \_\_\_\_\_

Ihr **weiterer Beratungs-** > \_\_\_\_\_  
oder Unterstützungsbedarf \_\_\_\_\_

Ich wünsche ein persönliches Beratungsgespräch \_\_\_\_\_