# Erfolgskontrolle nach Fortbildung/Einweisung

|  |
| --- |
| Name, Vorname: |
| Stelle: | Abteilung/Prozess: |

## Titel und Datum der Veranstaltung (Fortbildung/Einweisung)

# Von der teilnehmenden Person zu beantworten | Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hatte die Veranstaltung für Sie einen Bezug zu Ihrer Arbeit? 🗖 ja 🗖 nein

Haben Sie in der Veranstaltung Neues gelernt? 🗖 ja 🗖 nein

Hatten Sie bereits Gelegenheit, das Erlernte anzuwenden? 🗖 ja 🗖 nein

# Wirksamkeitsprüfung durch direkte/n Vorgesetzte/n | Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Veranstaltung hat positive Auswirkung auf die Arbeit der
teilnehmenden Person. 🗖 ja 🗖 nein

Die Veranstaltung ist für weitere Mitarbeiter\*innen empfehlenswert 🗖 ja 🗖 nein

Anmerkungen: