



| | | | |
|-------------------------|------------------------------------|-------|---|
| Betreff: | Grundlagen Fenstereinbau | | X |
| Unser Zeichen: | Seminare ./ Berger | | |
| Erfüllungsort: | Kultraum Pfullendorf Aachlinz | | |
| Erfüllungsdatum: | 19.12.2012 | | |
| Ihr Zeichen vom: | | | |
| Ortstermin vom: | Fenstereinbau Kultraum Pfullendorf | | |
| Aktenlage vom: | | | |
| Erstellt: | 19.12.2012 | 11:18 | |
| Neuer Ausdruck: | 19.12.2012 | 11:02 | |

Antworten zur Veranstaltung:

Ihre Berufsbezeichnung: Geschäftsführer: Ingenieur/Architekt: Meister: Geselle: Lehrling: Helfer/Sonstiges

1. Wie fanden Sie die Gesamtabwicklung der Veranstaltung?

| Sehr gut: | Gut: | Befriedigend: | Ausreichend: | Bemerkung: |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 1 | 3 | | | Durchschnitt: 1,75 |

2. Wie fanden Sie die Schnittstelle von Praxis zur Theorie?

| Sehr gut: | Gut: | Befriedigend: | Ausreichend: | Bemerkung: |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 4 | | | Durchschnitt: 2,00 |

3. Wie fanden Sie den Praktischen Teil?

| Sehr gut: | Gut: | Befriedigend: | Ausreichend: | Bemerkung: |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 1 | 3 | | | Durchschnitt: 1,75 |

4. Wie beurteilen Sie die Situation im Handwerk?

| Sehr gut: | Gut: | Befriedigend: | Ausreichend: | Bemerkung: |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 2 | 2 | | Durchschnitt: 2,50 |

5. Wie beurteilen Sie die Leistung ihrer Verbände?

| | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------|
| Sehr gut: | Gut: | Befriedigend: | Ausreichend: | Bemerkung: |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|--|---|---|---|--------------------|
| | 1 | 1 | 1 | Durchschnitt: 3,00 |
|--|---|---|---|--------------------|

6. Wie waren Sie mit dem Essen zufrieden?

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Sehr gut: | Gut: | Befriedigend: | Ausreichend: | Bemerkung: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--------------------|
| 1 | 3 | | | Durchschnitt: 1,75 |
|---|---|--|--|--------------------|

7. Was kam zu kurz?

Das genaue Anleiten, wie setze ich was, wo ein?
War OK.

8. Was sollte war zu viel?

9. Welche Verbesserungen könnten Sie sich in der Zukunft vorstellen?

10. Welche Themen würden Sie in der Zukunft interessieren?

11. Sind sie von den Schadensbildern schockiert worden?

| | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---|--|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Ja: | Nein: | Bin schon vertraut mit solchen Bildern: | Kennen Sie Reklamationen in Ihrer Firma? | | Kennen Sie Schäden in Ihrer Firma? | |
| | | | Ja: | Nein: | Ja: | Nein: |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|---|
| | 1 | 2 | 1 | 2 | | 4 |
|--|---|---|---|---|--|---|