

Evaluationsbogen Teil I

(unmittelbar nach dem Review)

Datum Peer Review:

Datum Evaluation:

Frage		<i>voll und ganz zufrieden</i>	<i>eher zufrieden</i>	<i>eher unzufrieden</i>	<i>sehr unzufrieden</i>
1	Wie zufrieden waren Sie mit der Terminplanung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>hervorragend</i>	<i>gut</i>	<i>weniger gut</i>	<i>enttäuschend</i>
2	Wie fanden Sie die Organisation des Peer Reviews?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wie gut wurden Sie zu Beginn über den geplanten Ablauf informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Wie war das Peer-Review-Team vorbereitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>ja</i>	<i>teilweise</i>	<i>nein</i>	
5	Waren Sie mit dem Ablauf des Peer Reviews zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<i>zu lang</i>	<i>genau richtig</i>	<i>zu kurz</i>	
6	Wie war die Dauer des Peer Reviews?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<i>trifft voll und ganz zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft überhaupt nicht zu</i>
7	War die Atmosphäre des Peer Reviews vertrauensbildend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>hervorragend</i>	<i>gut</i>	<i>weniger gut</i>	<i>enttäuschend</i>
8	Bitte beurteilen Sie die fachliche Kompetenz des Peer-Review-Teams!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Sehr hilfreich</i>	<i>hilfreich</i>	<i>Weniger hilfreich</i>	<i>gar nicht hilfreich</i>
9	Wie hilfreich waren die Verbesserungsvorschläge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>voll erfüllt</i>	<i>teilweise erfüllt</i>	<i>gar nicht erfüllt</i>	
10	Wurden Ihre Erwartungen an diesem Peer Review erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<i>ja</i>	<i>nein</i>		
11	Würden Sie diese Art des kollegialen Austausches weiterempfehlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Frage 12:

Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für das Peer Review?

Vielen Dank! Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen an die das Peer Review organisierende Landesärztekammer zurück.