

# Feedback

- Präventionskurs nach § 20 SGB V -



**NAME:** (freiwillig) \_\_\_\_\_

**1) Wie beurteilen Sie den Kurs insgesamt?**

\_\_\_\_\_ (Schulnote 1 – 6)

**2) Wie wurden die Inhalte vermittelt?**

\_\_\_\_\_ (Schulnote 1 – 6)

**3) Haben Sie sich in unserer Einrichtung wohlgeföhlt?**

\_\_\_\_\_ (Schulnote 1 – 6)

**4) Wie haben Sie sich nach den Trainingseinheiten geföhlt?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5) Wo haben Sie persönlich Defizite erkannt?**

Beweglichkeit       Koordination       Kraft

**6) Haben Sie das Geföh, durch den Kurs „Fitness-Ampel“ ein besseres Körpergeföh entwickelt zu haben?**

Ja       Nein

**7) Sind Sie motiviert, weiterhin ein Bewegungsprogramm durchzuführen?**

Ja       Nein

# Feedback



**8) Auf welche Trainingsinhalte wollen Sie in Zukunft Ihren Schwerpunkt legen?**

- Krafttraining                       Ausdauertraining  
 Koordinationstraining            Beweglichkeitstraining

**9) Wie oft in der Woche wollen Sie zukünftig ein Bewegungsprogramm durchführen?**

- 1 x                                       2 - 3 x                                       öfter als 3 x

**10) Wo werden Sie Ihr zukünftiges Bewegungsprogramm durchführen?**

- Studio/Verein                                      Zuhause                        
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**11) Für welche weiteren Bereiche interessieren Sie sich noch?**

- Ernährung                                       Fettverbrennung                                       Faszientraining  
 Herz-Kreislauftraining                       Entspannung                                       Functional Training  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Dürfen wir Ihnen hierzu Informationsmaterial zukommen lassen?

- Ja                                      Name/Adresse: \_\_\_\_\_

**12) Was liegt Ihnen am Herzen? Haben Sie Verbesserungsvorschläge?**

---

---

---