

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?
