



Markieren Sie so:      Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
 Korrektur:      Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

### Geschlecht und Studiengang

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.  männlich  weiblich  keine Angabe

Bitte geben Sie die aktuelle Semesterzahl Ihres Studiengangs an.

10er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

Zusätzlicher Hinweis für Papierumfragen: Wenn Sie im 3. Semester studieren, kreuzen Sie in der ersten Zeile die 0 und in der zweiten Zeile die 3 an.

Bitte kreuzen Sie das Studienfach an, aufgrund dessen Sie diese Lehrveranstaltung besuchen.

100er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

Hinweis: Den entsprechenden Schlüssel für das Studienfach und die nachfolgende Frage zum Abschluss entnehmen Sie bitte der Tabelle.  
 Zusätzlicher Hinweis für Papierumfragen: Für den Code "052" tragen Sie in der ersten Zeile eine 0, in der zweiten Zeile eine 5 und in der dritten Zeile eine 2 ein.)

Bitte geben Sie an, welchen Abschluss Sie gegenwärtig anstreben.

10er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

### Dozent und Didaktik

Ich habe durch die Veranstaltung einen guten Überblick über die behandelten Themengebiete bekommen.

Der/Die Lehrende benutzte oft Beispiele, die mein Verständnis der Lehrinhalte gefördert haben.

Ich finde, der/die Lehrende ging auf Fragen und Anregungen der Studierenden angemessen ein.

Der Lehrstoff wurde in der Veranstaltung so aufgearbeitet, dass mein Interesse geweckt wurde.

Ich konnte im Verlauf der Veranstaltung die Gliederung immer nachvollziehen.  
 Ich finde, der/die Lehrende teilte die zur Verfügung stehende Zeit gut ein.

Die Veranstaltung hat mich neugierig auf eine weiterführende Auseinandersetzung mit einzelnen Lehrinhalten gemacht.

Die einzelnen Lehrinhalte wurden so dargestellt, dass ich sie gut verstehen konnte.

Die Lerninhalte wurden so präsentiert, dass mir Querverbindungen zwischen den behandelten Themen deutlich wurden.

Ich habe konkrete Hinweise bekommen, wie eine Nachbereitung des Stoffes vorgenommen werden sollte.

Wie viele Stunden haben Sie die Veranstaltung pro Woche vor- und nachbereitet?

stimme vollkommen zu  
 stimme überwiegend zu  
 stimme eher zu  
 neutral  
 stimme eher nicht zu  
 stimme überwiegend nicht zu  
 stimme gar nicht zu

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

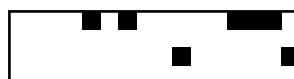
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

angemessen gefordert  
 eher überfordert  
 überfordert  
 eher unterfordert  
 unterfordert

Ich fühle mich durch die Vermittlung der Veranstaltungsinhalte...

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



## Dozent und Didaktik [Fortsetzung]

Auf einer Notenskala von 1,0 (sehr gut) bis 5,0 (mangelhaft) bewerte ich diese Veranstaltung insgesamt mit der folgenden Note:

- 1,0  
 2,0  
 3,0  
 4,0

- 1,3  
 2,3  
 3,3  
 5,0

- 1,7  
 2,7  
 3,7

Anmerkungen für die/den Lehrende/n (Vorschläge/Lob/Kritik) (Hinweis: Schreiben Sie nur innerhalb des umrandeten Feldes. Die/der Lehrende erhält Ihren handschriftlichen Kommentar als Bildausschnitt.)

## Zusatzmodul Schriftliche Ausarbeitungen und Referate

Die Anforderungen an die schriftliche(n) Ausarbeitung(en) im Seminar waren mir bei der Bearbeitung immer klar.

Ich konnte die schriftliche(n) Ausarbeitung(en) in der vorgegebenen Zeit verfassen.

Ich bekam eine hilfreiche Rückmeldung bezüglich der inhaltlichen Qualität meiner schriftlichen Ausarbeitung(en)

Der/die Lehrende gab mir hilfreiche Anregungen zur inhaltlichen Vorbereitung meines Referats.

Der/die Lehrende gab mir hilfreiche Anregungen zur Vorbereitung meiner Präsentation.

Ich bekam eine hilfreiche Rückmeldung über die Qualität meiner Präsentation.  
 Ich war mit der Betreuung im Vorfeld zufrieden.

<i>stimme vollkommen zu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>stimme überwiegend zu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>stimme eher zu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>neutral</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>stimme eher nicht zu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>stimme überwiegend nicht zu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>stimme gar nicht zu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

