



**Weiterbildungskurs:**

**Dienstagsclub: Multidimensional genomic mapping in  
Mycobacterium abscessus: from clinics to biology**

---

**Referent:**

Dr. Lucas Boeck, Clinic of Pulmonary Medicine, University Hospital Basel  
and DBM Pulmonary Cell Research, University of Basel

**Institut/Ort:**

Klinik für Infektiologie & Spitalhygiene und Abteilung Klinische  
Mikrobiologie, USB

**Datum:**

19. Februar 2019

**Zeit:**

17:15 - 18:15 Uhr

**Sprache:**

Deutsch/Englisch

**Anzahl Fortbildungspunkte:**

0

---

Wir bestätigen, dass

---

folgende Weiterbildungsveranstaltung besucht hat:

**Dienstagsclub: Multidimensional genomic mapping in  
Mycobacterium abscessus: from clinics to biology**

---

Basel, den  
19. Februar 2019

---

Unterschrift/Stempel

---

# Feedback-Fragebogen



<b>Veranstaltung, Ort + Datum</b>	Klinik für Infektiologie & Spitalhygiene und Abteilung Klinische Mikrobiologie, USB, 19. Februar 2019			
<b>Thema + ReferentInnen</b>	<b>Dienstagsclub: Multidimensional genomic mapping in Mycobacterium abscessus: from clinics to biology / Dr. Lucas Boeck, Clinic of Pulmonary Medicine, University Hospital Basel and DBM Pulmonary Cell Research, University of Basel</b>			
<b>Kommentar zur Veranstaltung</b>	Stoffauswahl / Schwerpunkte	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
	Struktur / Aufbau	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
	Präsentation / Didaktik	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
	Nutzen für die Praxis	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
	Verteilte Unterlagen	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
	Gesamteindruck	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
		<i>A=sehr gut B=genügend C=schlecht</i>		
<b>Persönliche Angaben</b>	Alter / Geschlecht	Jahre:	w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>
	Welchen FMH-Titel haben Sie?			
	Sind Sie in einem Spital oder einer Praxis tätig?	Spital <input type="checkbox"/>	Praxis <input type="checkbox"/>	
	Seit wie vielen Jahren?			
	Besuchen Sie regelmässig Fortbildungsveranstaltungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
	Welche Themen interessieren Sie besonders?			
<b>Vorschläge für weitere Fragen</b>				

**Bitte dieses Formular dem Veranstalter abgeben!**