FAX-Antwort an:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem pharmazeutischen Medikationsmanagement**

Sehr geehrte Frau Dr. / sehr geehrter Herr Dr.

für einige Ihrer Patienten haben wir bereits strukturierte Medikationsanalysen durchgeführt. Im Rahmen dieser Tätigkeit haben wir uns mit Ihnen in Verbindung gesetzt, um Fragen zu klären und Ihnen pharmazeutische Informationen zu übermitteln. Um unseren Service für Sie immer weiter zu verbessern, bitten wir Sie heute um Ihr Feedback zur Zusammenarbeit hinsichtlich der Versorgung und Beratung Ihrer Patienten zu ihren Arzneimitteln. Wir freuen uns sehr, wenn Sie uns die folgenden fünf Fragen beantworten.

Mit freundlichem Gruß,

|  |
| --- |
| 1. **Stellen wir Ihnen die Informationen zur Arzneimitteltherapie Ihrer Patienten in einer für Sie passenden Form zur Verfügung?**
 |
| ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Ja, absolut | Ja, meistens | neutral | Nein, eher nicht | Nein, gar nicht |

|  |
| --- |
| 1. **Wie beurteilen Sie die Information, die Sie von uns zur Medikation Ihrer Patienten erhalten?**
 |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |  |
| hilfreich | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | verzichtbar |
| umfassend | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | unzureichend |
| relevant | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | irrelevant |
| aktuell | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | veraltet |

|  |
| --- |
| 1. **Wie zufrieden sind Sie mit dem Umfang an Information, die Sie von uns bekommen?**
 |
| ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Zu viel | Ungefähr richtig | Zu wenig | Habe keine erhalten | Brauche keine Information |

|  |
| --- |
| 1. **Gibt es etwas, das Sie an der Form oder dem Inhalt unserer Informationen für Sie schätzen, das wir darum beibehalten sollten?**
 |
|  |

Apothekenstempel

|  |
| --- |
| 1. **Gibt es etwas, das wir aus Ihrer Sicht besser machen könnten, z.B. indem wir Sie auf anderen Wegen oder zu anderen Zeiten kontaktieren, Ihnen andere Informationen schicken etc.?**
 |
|  |