**Fragebogen zur Zufriedenheit mit der pharmazeutischen Beratung durch Ihre Apothekerin / Ihren Apotheker**

Sehr geehrte Kundin / sehr geehrter Kunde unserer Apotheke,

um unseren Service immer weiter zu verbessern, bitten wir Sie um Ihren Eindruck von der Medikationsanalyse, die Sie in Ihrer Apotheke erhalten haben. Auch möchten wir gern wissen, wie Sie sich dabei gefühlt haben und wie Sie die Bedeutung der Beratung für Sie und Ihr Wohlbefinden einschätzen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wie stark stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?** | **Zutref-fend** |  | **Nicht zutref-fend** |
| ↓ |  |  |  | ↓ |
| 1. Ich fühle mich jetzt sicherer im Umgang mit meinen Medikamenten
 | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| 1. Ich verstehe jetzt besser, was meine Medikamente bewirken.
 | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| 1. Ich bin jetzt besser darüber informiert, wie ich meine Arzneimittel einnehmen muss.
 | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| 1. Die Apothekerin / der Apotheker hat verstanden, was mir wichtig ist.
 | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| 1. Es wurden keine wichtigen Entscheidungen über meinen Kopf hinweg getroffen.
 | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| 1. Allen meinen Fragen und Wünschen wurde nachgegangen.
 | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| 1. Die Apothekerin/der Apotheker hat sich ausreichend Zeit für mich genommen.
 | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| 1. Ich habe mich bei dem Beratungsgespräch wohlgefühlt.
 | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| 1. Das Gespräch hat in angemessen vertraulicher Umgebung stattgefunden.
 | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |

|  |
| --- |
| 1. **Wie haben Sie sich direkt nach dem Beratungsgespräch gefühlt?**
 |
| erleichtert | ⃝⃝⃝⃝⃝ | besorgt |
| gestärkt | ⃝⃝⃝⃝⃝ | erschöpft |
| entspannt | ⃝⃝⃝⃝⃝ | angespannt |

Apothekenstempel

**Vielen Dank für Ihre Zeit
und Ihre Mithilfe!**