

# Patientenumfrage

## in der Linden-Apotheke



### Geschlecht

- Männlich
- Weiblich

### Altersgruppe

- 15-25 Jahre
- 26-35 Jahre
- 36-45 Jahre
- 46-55 Jahre
- 56-65 Jahre
- über 65 Jahre

### Besuchshäufigkeit

- wöchentlich
- monatlich
- Alle 3 Monate
- Alle 6 Monate
- jährlich

### Kunde

- Stammkunde
- kein Stammkunde

### Wohnort im Umkreis der Apotheke von etwa

- 500m
- 1km
- 2km
- 5-10km
- > 10km

### Wie haben Sie von unserer Apotheke erfahren?

- Werbung
- Internet
- Empfehlung
- daran vorbei gelaufen
- andere: \_\_\_\_\_

### Aus welchen Grund haben Sie heute unsere Apotheke besucht?

- Ich habe ein Rezept eingelöst
- Ich wollte etwas zur Vorbeugung holen
- Ich fühlte mich krank und wollte mir etwas dagegen besorgen
- Ich wollte etwas aus dem „freiverkäuflichen“ Bereich kaufen (z.B. Bonbon's, Zahnpflegemittel, Haarpflegemittel, Kosmetik o.ä.)
- anderer Grund: \_\_\_\_\_

### Warum besuchen Sie unsere Apotheke?

- Aufmerksame und freundliche Bedienung
- Gute und ausführliche Beratung
- Nähe zum Arzt
- Nähe zur Wohnung / zum Arbeitsplatz
- Nette Atmosphäre und angenehme Gestaltung der Apotheke
- Die gewünschten Arzneimittel/ Waren sind fast immer vorrätig
- Serviceleistungen (z.B. Blutzucker-/ Blutdruckmessen, Lieferdienst)
- Zugaben, Apothekenzeitung, Informationsbroschüren, Handzettel
- Angebote
- anderer Grund: \_\_\_\_\_

**Wie haben Sie Ihren Besuch in unserer Apotheke erlebt?**      **Ja**      **Nein**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ich musste nicht lange warten bis ich bedient wurde                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Man kennt mich sogar mit Namen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Apotheken-Team empfiehlt mir zusätzlich zu meinen Wünschen sinnvolle Ergänzungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Welche Dienstleistungen erwarten Sie von unserer Apotheke?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmessen                     | <input type="checkbox"/> Blutzuckermessen                   |
| <input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle                   | <input type="checkbox"/> Anmessen von Kompressionsstrümpfen |
| <input type="checkbox"/> Verleih von Babywaagen              | <input type="checkbox"/> Verleih von Milchpumpen            |
| <input type="checkbox"/> Haus- bzw. Reiseapotheke überprüfen | <input type="checkbox"/> KfZ -Verbandskasten überprüfen     |
| <input type="checkbox"/> Telefonische Auskunft/ Beratung     | <input type="checkbox"/> Kundenkarte                        |
| <input type="checkbox"/> Botendienst                         | <input type="checkbox"/> Telefonische Vorbestellung         |
| <input type="checkbox"/> Infomaterialien                     | <input type="checkbox"/> Vorträge zu Gesundheitsthemen      |

**Welche Dienstleistungen würden Sie noch von uns erwarten?**

---

**Haben Sie Interesse an unseren Aktionen?**

**(wie z.B. Haut-, Haar- und Nagelanalysen, Kindermalwettbewerb)**

- Ihre Aktionen sind interessant, ich nutze sie regelmäßig
- Ich nutze sie kaum
- Ich kenne sie überhaupt nicht

**Zu welchen Themen wünschen Sie sich Aktionen?**

---

**Kennen Sie eigentlich unsere Homepage [www.linden-apotheke-chemnitz.de](http://www.linden-apotheke-chemnitz.de) ?**

- Ja
- Nein

**Wären andere technische Hilfsmittel zur Kontaktaufnahme mit ihrer Apotheke für Sie interessant? (z.B. eine App fürs Smartphone)**

- Ja
- Nein

**Was Sie uns schon immer sagen wollten:**

**Vielen Dank, dass Sie sich für uns Zeit genommen haben!**  
**Ihr Team der Linden-Apotheke**