



Umfrage Kundenzufriedenheit in der St. Johann-Apotheke
Wir brauchen Ihre Meinung, um uns zu verbessern!

Ihr Gesamteindruck der Apotheke auf einer Skala von 1 bis 10
(machen Sie einen Kreis um Ihre Bewertung):

☹️☹️ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😊😊

Wie beurteilen Sie folgende Aspekte in unserer Apotheke?

	☹️	😊	
Äusseres Erscheinungsbild der Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Zugänglichkeit (z.B. Rollstuhl, Kinderwagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Inneres Erscheinungsbild der Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Öffnungszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Wartezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Empfangsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Beratungsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Vertraulichkeit des Gesprächs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Verfügbarkeit der Medikamente auf Rezept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Sortiment der restlichen Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Produkte selber im Geschäft auffinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Sonderangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Gesundheits-Informationskampagnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Angebotene Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----

Vielen Dank für Ihre Kommentare und Vorschläge

Sind Sie an den folgenden Dienstleistungen interessiert?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Persönlicher Termin: Beratung zu Ihrer Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie bereit, für diese Dienstleistungen zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlicher Termin: Reiseberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlicher Termin: Impfberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlicher Termin: Grippeimpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitscheck: Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitscheck: Blutzuckermessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitscheck: Cholesterinmessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitscheck: Darmkrebsvorsorgetest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wochen-Pillenbox bereitstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauslieferung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



St. Johann Apotheke

St. Johannis-Vorstadt 58, 4056 Basel, Tel: +41 61 322 08 07, Fax: +41 61 322 09 00

	Ja	Nein
Sind Sie mit der Integration der Post in der Apotheke zufrieden		

Sie sind:	<input type="checkbox"/> ein Mann	<input type="checkbox"/> eine Frau
Ihr Alter:	<input type="checkbox"/> unter 20	<input type="checkbox"/> 20 - 34 Jahre
	<input type="checkbox"/> 35 - 50	<input type="checkbox"/> 51 - 70
	<input type="checkbox"/> über 70 Jahre	
Ihr Besuch:	<input type="checkbox"/> Rezept	<input type="checkbox"/> Beratung
	<input type="checkbox"/> rezeptfreie Medikamente	
	<input type="checkbox"/> Parapharmazie*	<input type="checkbox"/> Anderes

Stempel der Apotheke

Danke für's Mitmachen!

Legen Sie den Fragebogen bitte in die dafür vorgesehene Urne