



Fragebogen zur Teilnahme an der Studie  
 "Herausragende Apotheken 2021"  
 der DtGV - Deutsche Gesellschaft für Verbraucherstudien mbH

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 27.11.2020 entweder  
 - per E-Mail an [apotheken@dtgv.de](mailto:apotheken@dtgv.de)  
 - per Fax an 030 6098 36 299  
 - ODER füllen Sie den Fragebogen online unter [www.dtgv.de/apotheken](http://www.dtgv.de/apotheken) aus.

Name Ihres Unternehmens	_____
Anschrift	_____
Ansprechpartner für Rückfragen	_____
Telefonnummer für Rückfragen	_____
E-Mail-Adresse für Rückfragen	_____
Website Ihres Unternehmens	_____

Wie viele Filialen gehören zu Ihrem Unternehmen?	<input type="checkbox"/> 1 Filiale	<input type="checkbox"/> 2-5 Filialen	<input type="checkbox"/> 6-10 Filialen	<input type="checkbox"/> mehr: _____
Wie viele Mitarbeiter arbeiten in Ihrem Unternehmen insgesamt (in Verkauf und Beratung)?	_____ in Vollzeit		_____ in Teilzeit	
Wie viele Mitarbeiter mit <i>fachbezogener</i> Ausbildung arbeiten in Ihrem Unternehmen? Beispiel: "2 PTAs" (Bitte nur die höchste Ausbildung zählen, keine Person doppelt zuordnen)	_____ _____ _____			
Wie viele Stunden haben Sie Montag - Freitag durchschnittlich pro Tag geöffnet (in h, reguläre Öffnungszeiten ohne Notdienst)?	<input type="checkbox"/> weniger als 8h/Tag	<input type="checkbox"/> 8-10h/Tag	<input type="checkbox"/> 11-12h/Tag	<input type="checkbox"/> mehr als 12 h/Tag
Haben Sie auch samstags und / oder sonntags geöffnet?	<input type="checkbox"/> ja, samstags <input type="checkbox"/> ja, sonntags		<input type="checkbox"/> nein	
Falls zutreffend, wie viele Stunden haben Sie pro Woche samstags und / oder sonntags durchschnittlich geöffnet (in h, reguläre Öffnungszeiten ohne Notdienst)?	samstags: _____ Stunden sonntags: _____ Stunden			
Nehmen die bei Ihnen beschäftigten Mitarbeiter regelmäßig an Weiterbildungen / Schulungen teil?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Bilden Sie in Ihrem Betrieb aus?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, welche Ausbildungsberufe?	_____			
Seit wie vielen Jahren besteht das Unternehmen?	seit _____ Jahren			
Handelt es sich um einen Familienbetrieb (d.h. mindestens eine Filiale wird vom Eigentümer oder seinen Familienmitgliedern betrieben)?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	

Kundenservice		
Bitte kreuzen Sie folgende Ausstattungsaspekte an, falls sie in Ihrer Apotheke/Ihren Apotheken vorhanden sind:	<input type="checkbox"/> Wasserspender <input type="checkbox"/> Spielecke/Spielzeug für Kinder <input type="checkbox"/> Sitzgelegenheiten für ältere oder geschwächte Personen <input type="checkbox"/> barrierefreier Zugang in die Filiale	
Bieten Sie folgende Serviceleistungen an?	<input type="checkbox"/> Hautanalysen <input type="checkbox"/> Impfstatus-Kontrolle (Prüfung auf fällige Impfungen) <input type="checkbox"/> Blutdruckmessungen <input type="checkbox"/> Messungen der Blutzucker-Werte <input type="checkbox"/> Cholesterin-Check <input type="checkbox"/> Messung des Körperfett-Anteils <input type="checkbox"/> Verleih medizinischer Geräte (z.B. Babywaagen, Milchpumpen, Blutdruckmessgeräte,...) <input type="checkbox"/> Anmessen / Anpassen von Kompressionsstrümpfen und / oder Bandagen <input type="checkbox"/> Notdienst außerhalb der Öffnungszeiten <input type="checkbox"/> kostenlose Gesundheitsmagazine <input type="checkbox"/> bargeldlose Zahlung	
Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen zum Block "Kundenservice" (bei Bedarf)	<hr/> <hr/>	
Beratung		
Bieten Sie Beratungen zu folgenden Themen an?	<input type="checkbox"/> Beratung zum Thema Ernährung <input type="checkbox"/> Beratung zum Thema Prävention / Gesundheitsförderung <input type="checkbox"/> Beratung zum Thema Haut / Kosmetik <input type="checkbox"/> Beratung zum Thema Allergien <input type="checkbox"/> Beratung zum Thema Schwangerschaft / Stillen <input type="checkbox"/> Beratung zu unterschiedlichen Krankheiten (z.B. Bluthochdruck, Diabetes,...)	
Verfügen Sie über einen separaten Beratungsraum?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie (evtl. zusätzlich) spezielle "Beratungsecken"?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bieten Sie Vorträge zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen an?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen zum Block "Beratung" (bei Bedarf)	<hr/> <hr/>	
Soziales/regionales Engagement		
<b>Unterstützen Sie...?</b>		
ein Projekt/einen Verein in Ihrer Region (z.B. Soziales, Umweltprojekt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
mehrere Projekte/Vereine in Ihrer Region (z.B. Soziales, Umweltprojekt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ein oder mehrere Projekt(e) im Ausland (z.B. Soziales, Umweltprojekt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bitte erläutern Sie hier kurz, um welche Projekte etc. es sich handelt.	<hr/> <hr/>	
Vielen Dank für Ihre Teilnahme!		