

*Ihre Meinung ist uns wichtig,  
damit wir noch besser für Sie werden!*

Die Teilnahme an unserer großen Kundenumfrage  
vom **01.10.2022 - 30.11.2022** lohnt sich doppelt:

Ihre Rückmeldungen ermöglichen es uns, auf Ihre Wünsche in Zukunft  
noch besser einzugehen. Jetzt teilnehmen und einen

**Einkaufsgutschein im Wert von 100 Euro gewinnen!**

Damit wir Sie im Gewinnfall benachrichtigen können, bitten wir Sie, den  
beiliegenden Handzettel auszufüllen. Dort finden Sie auch die Fragen zu  
unserem zukünftigen Newsletter. Dadurch wird gewährleistet, dass Ihre  
Angaben und Bewertungen anonym bleiben. **Und nun zu den Fragen:**

Wie alt sind Sie?  Geschlecht  Weiblich  Männlich  Divers

## 1 ALLGEMEINE FRAGEN

**Würden Sie sich als Stammkunden bezeichnen?**

Ja  Eher nicht  Nein

**Wie oft suchen Sie eine Apotheke auf?**

Wöchentlich  Monatlich  Quartalsweise  Seltener

**Warum suchen Sie eine Apotheke auf?**

Mehrfachnennungen möglich

- Ich habe ein Rezept dabei.  Ich benötige apothekenpflichtige Arzneimittel.  
 Ich bin chronisch krank.  Einkauf aus dem Selbstbedienungs-Bereich

Sonstige Gründe:

## 9 UNSERE ANGEBOTE DES MONATS

**Kennen Sie unsere Angebote des Monats?**

Ja  Nein

**Nutzen Sie die Angebote des Monats?**

Regelmäßig  Gelegentlich  Bislang noch nicht

**Nutzen Sie die Rabattcoupons unseres Angebotes?**

Regelmäßig  Gelegentlich  Bislang noch nicht

## 10 LOB UND TADEL

**Was gefällt Ihnen an unserer Apotheke besonders gut?**

---

---

---

---

**Was könnten wir Ihrer Ansicht nach zukünftig besser machen?**

---

---

---

---

**Wir danken Ihnen, dass Sie sich Zeit für die Beantwortung  
unserer Fragen genommen haben.**

**Gertruden-Apotheke**

## Unsere Kundenumfrage

**Jetzt teilnehmen  
und einen Einkaufsgutschein  
im Wert von 100 Euro  
gewinnen!**



*Ihre Meinung  
ist uns wichtig!*



**Gertruden-Apotheke**

Bahnhofstraße 16, 57548 Kirchen • Tel. 02741/61755 • info@gertrudenapotheke.de

[www.gertrudenapotheke.de](http://www.gertrudenapotheke.de)

## 2 DETAILBEWERTUNG

Bitte bewerten Sie folgende Punkte in Schulnoten:	BEWERTUNG sehr positiv / sehr negativ						keine Bewertung	BEDEUTUNG sehr wichtig / unwichtig					
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6
Freundlichkeit unseres Teams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartezeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsqualität und Kompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügbarkeit der Arzneimittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Botendienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffnungszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schaufenstergestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Eindruck insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

## 3 BERATUNG

**Wie haben Sie die Dauer des Beratungsgesprächs empfunden?**

Zu kurz  Genau richtig  Zu lang

Es hat kein Beratungsgespräch stattgefunden.  Ich wollte nicht beraten werden.

**Wurden Ihnen zusätzlich zum gewünschten Medikament weitere Präparate empfohlen?**

Ja  Nein

**Wie empfinden Sie eine solche Empfehlung?**

Solche Empfehlungen finde ich gut.  Solche Empfehlungen finde ich nicht gut.

## 4 WARENSORTIMENT

**Finden Sie sich in unserem Sortiment gut zurecht?**

Ja  Nein, ich muss häufig suchen / nachfragen.

**Weisen wir auf Sonderangebote und -aktionen deutlich hin?**

Ja  Nein, Angebote und Aktionen übersehe ich häufig.

**Vermissen Sie bestimmte Artikel in unserem Sortiment?**

Nein  Ja

**Wünschen Sie sich weiteres Infomaterial zu bestimmten Themen?**

Nein  Ja

## 5 EINKAUF

**Wo kaufen Sie rezeptpflichtige Arzneimittel ein?**  
Mehrfachnennungen möglich

In der Gertruden-Apotheke  In anderen Apotheken  Im Internet

**Wo kaufen Sie rezeptfreie Arzneimittel ein?**  
Mehrfachnennungen möglich

In der Gertruden-Apotheke  In anderen Apotheken  Im Internet

**Wo kaufen Sie Kosmetik und Pflegeprodukte ein?**  
Mehrfachnennungen möglich

In der Gertruden-Apotheke  In anderen Apotheken  Im Internet  
 In Drogeriemärkten  In Parfümerien

**Was ist beim Kauf für Sie persönlich entscheidend?**

Preis  Beratungsqualität  Persönlicher Kontakt  Verfügbarkeit

## 6 AKTIONEN

**Nutzen Sie unsere Aktionen wie bspw. die Venenmesswoche?**

Regelmäßig  Gelegentlich  Nein, bislang noch nicht.

**Wie wurden Sie auf unsere Aktionen aufmerksam?**  
Mehrfachnennungen möglich

Durch Anzeigen in der Lokalzeitung  Durch Informationen bei uns vor Ort  
 Durch Informationen auf unserer Homepage  Durch Freunde und Bekannte

**Wünschen Sie sich Aktionen zu bestimmten Themen?**

Nein  Ja

## 7 INTERNET

**Kennen Sie die Internetseite der Gertruden-Apotheke?**

Ja  Nein (weiter zu Frageblock 8)

**Wie oft besuchen Sie unsere Internetseite?**

Mehrmals pro Woche  Wöchentlich  Monatlich  Seltener

## 8 KUNDENKARTE

**Nutzen Sie unsere Kundenkarte?**

Ja  Nein, aber ich interessiere mich hierfür.  Nein