



Fragebogen zur Teilnahme an der Studie  
**"Herausragende Apotheken 2021"**  
 der ÖGVS - Gesellschaft für Verbraucherstudien mbH

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 14.03.2021 entweder**  
 - **per E-Mail** an [apotheken@oegvs.at](mailto:apotheken@oegvs.at)  
 - **per Fax** an 0720 513608  
 - **ODER füllen Sie den Fragebogen online** unter [www.qualitaetstest.at/apotheken](http://www.qualitaetstest.at/apotheken) aus.

Name Ihres Unternehmens	_____
Anschrift (Straße + Hausnummer, Postleitzahl + Ort)	_____
Ansprechpartner für Rückfragen	_____
Telefonnummer für Rückfragen	_____
E-Mail-Adresse für Rückfragen	_____
Website Ihres Unternehmens	_____

Wie viele Standorte gehören zu Ihrem Unternehmen (als Standort zählen jeweils öffentliche Apotheken und Filialapotheken)?	<input type="checkbox"/> 1 Standort	<input type="checkbox"/> 2 Standorte	<input type="checkbox"/> mehr (bitte näher beschreiben!)	
Falls Sie mehr als einen Standort haben: bitte geben Sie hier die Adresse(n) des weiteren Standorts/der weiteren Standorte an.	_____ _____			
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 PKAs" (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 Nacht- und 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? (ohne Nacht- und Notdienst)	<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 Nacht- und 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 ein Standort wird vom Eigentümer oder seinen Familienmitgliedern betrieben)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Kundenservice</b>		
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	
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"/> Erstellung und / oder Prüfung von Haus- oder Betriebsapotheken <input type="checkbox"/> Notdienst außerhalb der Öffnungszeiten <input type="checkbox"/> kostenlose Gesundheitsmagazine <input type="checkbox"/> Kundenkarte <input type="checkbox"/> bargeldlose Zahlung	
Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen zum Block "Kundenservice" (bei Bedarf)	<hr/> <hr/>	
<b>Beratung</b>		
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,...) <input type="checkbox"/> Beratung zum Thema Alternative Heilmethoden (z.B. Homöopathie)	
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/>	
<b>Soziales/regionales Engagement</b>		
Unterstützen Sie...?		
<b>ein</b> Projekt/ <b>einen</b> Verein in Ihrer Region (z.B. Soziales, Umweltprojekt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>mehrere</b> Projekte/Vereine in Ihrer Region (z.B. Soziales, Umweltprojekt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ein <b>oder</b> mehrere Projekt(e) im <b>Ausland</b> (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!		