

Satisfaction vaccination covid















PID 332















Actions:























 Modify instrument Download PDF of instrument(s) ▼ VIDEO: [Basic data entry](#) Questionnaire de satisfaction

Deutsch

+ Adding new Record ID 1	
Record ID	1
Introduction / Einführung / Introduzione	
Sie haben soeben eine COVID-Impfung in eine Apotheke erhalten. Wir möchten in Erfahrung bringen, wie zufrieden Sie mit der COVID-Impfung als Dienstleistung in der Apotheke sind und was Sie zur Impfung motiviert hat. Bitte nehmen Sie sich 5 bis 10 Minuten Zeit, um diesen Online-Fragebogen auszufüllen.	
Satisfaction / Zufriedenheit / Soddisfazione	
Zu Beginn möchten wir Ihre Zufriedenheit mit der Dienstleistung erfahren. Bitte bewerten Sie, wie sehr folgende Aussagen auf Sie zutreffen. Falls Sie eine Frage nicht beantworten können - beispielsweise, weil sie nicht auf Ihre konkrete Situation zutrifft - können Sie "nicht beantwortbar" auswählen.	
<p>Ich fühle mich wohl damit, dass die COVID-Impfung in einer Apotheke durchgeführt wird.</p>	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Ich bin zufrieden mit der Injektionstechnik des Apothekenpersonals.</p>	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Ich bin zufrieden mit der Vorbesprechung der COVID-Impfung.</p>	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Ich denke, dass die Apotheken über die COVID-Impfstoffe gut informiert sind.</p>	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Ich bin zufrieden mit den Räumlichkeiten, welche für die COVID-Impfung verwendet werden.</p>	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Ich würde die COVID-Impfung in der Apotheke weiterempfehlen.</p>	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>

<p>Ich bin zufrieden mit dem COVID-Impfstoff, der zur Verfügung stand.</p>	 	<input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu	reset
<p>Ich bin zufrieden wie die Terminvereinbarung stattgefunden hat.</p>	 	<input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu	reset
<p>Motivation / Motivation / Motivazioni</p>			
<p>Im Folgenden möchten wir Ihre Gründe für die COVID-Impfung erfahren. Bitte bewerten Sie, wie sehr folgende Aussagen auf Sie zutreffen. Falls Sie eine Frage nicht beantworten können - beispielsweise weil sie nicht auf Ihre konkrete Situation zutrifft - können Sie "nicht beantwortbar" auswählen.</p>			
<p>Ich möchte mein eigenes Risiko reduzieren, mich mit dem Coronavirus anzustecken.</p>	 	<input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu	reset
<p>Mein Beruf setzt mich einem höheren Risiko aus, mich mit dem Coronavirus anzustecken.</p>	 	<input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu	reset
<p>Ich möchte andere Personen davor schützen, durch mich mit dem Coronavirus angesteckt zu werden.</p>	 	<input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu	reset
<p>Ich arbeite mit Personen, welche vor einer Coronavirus-Infektion geschützt werden müssen (z. B. Betagte, Kranke, Heimbewohner).</p>	 	<input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu	reset
<p>Ich möchte im Alltag weniger eingeschränkt sein.</p>	 	<input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu	reset
<p>Ich möchte bald wieder verreisen können.</p>	 	<input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu	reset

<p>Ich möchte den Empfehlungen des BAG (Bundesamt für Gesundheit) folgen.</p>	 	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Ich wäre bereit, eine jährliche Auffrischimpfung (falls diese nötig sein sollte) zu machen.</p>	 	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Ich wäre bereit, eine jährliche Auffrischimpfung (falls diese nötig sein sollte) in der Apotheke zu machen.</p>	 	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Ich habe vor der Impfentscheidung einen Antikörpertest gemacht.</p>	 	<p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ich weiss es nicht </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Wenn ein Test verfügbar wäre, würde ich es begrüßen, die Wirkung der Impfung mit einem Antikörpertest bestätigen zu können.</p>	 	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Raisons de choisir une pharmacie / Gründe für die Wahl einer Apotheke / Motivi della scelta di una farmacia</p>		
<p>Im Folgenden möchten wir Ihre Gründe für die Wahl einer Apotheke als Impfort erfahren. Bitte bewerten Sie, wie sehr folgende Aussagen auf Sie zutreffen. Falls Sie eine Frage nicht beantworten können - beispielsweise weil sie nicht auf Ihre konkrete Situation zutrifft - können Sie "nicht beantwortbar" auswählen.</p>		
<p>Weil mir die Apotheke als einziger Impfort zur Verfügung stand.</p>	 	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Weil mir die Öffnungszeiten der Apotheke entsprechen.</p>	 	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Weil die Apotheke für mich leicht zugänglich ist (z. B. Parkplatz, Anbindung öffentlicher Verkehr).</p>	 	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Weil ich bezüglich Impfungen in der Apotheke bereits gute Erfahrungen gemacht habe.</p>	 	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>

<p>Weil ich keine Hausärztin/keinen Hausarzt habe.</p>	 	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Weil meine Ärztin/mein Arzt nicht verfügbar ist.</p>	 	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Weil ich der Apotheke vertraue.</p>	 	<p> <input type="radio"/> Nicht beantwortbar <input type="radio"/> Trifft überhaupt nicht zu <input type="radio"/> Trifft nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher nicht zu <input type="radio"/> Trifft eher zu <input type="radio"/> Trifft zu <input type="radio"/> Trifft vollumfänglich zu </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Hätten Sie die COVID-Impfung auch anderswo durchführen lassen, z. B. bei einer Ärztin / einem Arzt, in einem Impfzentrum?</p>	 	<p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ich weiss es nicht </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Wie oft haben Sie sich bereits in einer Apotheke impfen lassen (auch andere Impfungen)?</p>	 	<p> <input type="radio"/> Dieses war das erste Mal <input type="radio"/> 1-2 <input type="radio"/> 3-4 <input type="radio"/> Mehr als 4 </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Informations générales / Allgemeine Informationen / Informazioni generali</p>		
<p>Zum Abschluss möchten wir allgemeine Informationen einholen. Diese helfen uns bei der Auswertung, um Zusammenhänge aufzuzeigen.</p>		
<p>Wie lautet die Postleitzahl oder der Ort der Apotheke, in der Sie den COVID-Impfstoff erhalten haben?</p>	 	<input type="text"/>
<p>Wie lautet Ihre Anrede?</p>	 	<p> <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Andere </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Wie alt sind Sie?</p>	 	<input type="text"/>
<p>Was ist Ihr höchster erworbener Ausbildungsgrad?</p>	 	<p> <input type="radio"/> Obligatorische Schule <input type="radio"/> Sekundarstufe II: Berufsbildung (z. B. Lehre) <input type="radio"/> Sekundarstufe II: Allgemeinbildung (z. B. Gymnasium) <input type="radio"/> Höhere Berufsbildung (z. B. Höhere Fachschule) <input type="radio"/> Hochschule (z. B. Universität, Fachhochschule) </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Gehören Sie zu einer bestimmten Ziel-Risikogruppe für die COVID-Impfung?</p>	 	<p> <input type="radio"/> Besonders gefährdete Personen <input type="radio"/> Gesundheitspersonal mit Patientenkontakt, Betreuungspersonal von besonders gefährdeten Personen <input type="radio"/> Enge Kontakte von besonders gefährdeten Personen <input type="radio"/> Erwachsene < 65 Jahre in Gemeinschaftseinrichtungen mit erhöhtem Infektions- und Ausbruchsrisiko <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ich weiss es nicht </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Welchen Impfstoff haben Sie heute erhalten?</p>	 	<p> <input type="radio"/> Pfizer-BioNTech <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> AstraZeneca <input type="radio"/> Andere <input type="radio"/> Ich weiss es nicht </p> <p style="text-align: right;">reset</p>

Wie würden Sie Ihren allgemeinen Durchimpfungsgrad bezeichnen?	<input type="radio"/> Ich möchte so wenige Impfungen wie möglich erhalten <input type="radio"/> Ich möchte die empfohlenen Basisimpfungen erhalten <input type="radio"/> Ich möchte die empfohlenen Basisimpfungen und ergänzenden Impfungen erhalten	reset
Wie oft haben Sie sich in den vergangenen Jahren bereits gegen die saisonale Grippe (Influenza) impfen lassen?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1-2 <input type="radio"/> 3-4 <input type="radio"/> Mehr als 4	reset
Form Status		
Complete?	<input type="button" value="Incomplete"/> ▼	
<input type="button" value="Save & Exit Form"/> <input type="button" value="Save & ..."/>		
<input type="button" value="-- Cancel --"/>		