

Kundenumfrage der Apotheke Möhlin

Liebe Kundin, lieber Kunde

Wir wollen uns verbessern. Ihre Zufriedenheit ist uns sehr wichtig. Um Ihre Wünsche und Erwartungen noch besser erfüllen zu können, bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen offen zu beantworten.

Für Ihre wertvolle Mithilfe danken wir Ihnen ganz herzlich!

Ihr Team der Apotheke Möhlin

1. Zu Ihrer Person

- männlich
- weiblich
- zwischen 18 und 30 Jahre alt
- zwischen 31 und 50 Jahre alt
- zwischen 51 und 71 Jahre alt
- älter als 71 Jahre

2. Wie treffen folgende Aussagen Ihrer Meinung nach zu?

1 nicht zutreffend 2 teilweise zutreffend 3 zutreffend 4 sehr zutreffend

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Die Mitarbeiterinnen begrüßen mich sofort und freundlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Man hört mir aufmerksam zu und versteht mein Anliegen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es wird mir angeboten, mich bei offenen Fragen zu melden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Produktesortiment ist gut ersichtlich, ich finde mich gut zurecht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es werden mir gezielt Fragen gestellt, um auf meine persönlichen Bedürfnisse und Probleme einzugehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auf Alternativprodukte und Generika werde ich hingewiesen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es werden mir Tipps gegeben, wie ich selbst positiv zu meiner Gesundheit beitragen kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Messungen, die die Apotheke anbietet (z. B. Blutdruck-, Cholesterin-, Blutzuckermessung) sind mir bekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Wie sind Sie mit den aufgeführten Aspekten in unserer Apotheke zufrieden?

1 nicht zutreffend 2 teilweise zutreffend 3 zutreffend 4 sehr zutreffend

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hauslieferdienst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hausspezialitäten (Fusspflegebalsam, Bronchialtee) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medikamentenboxen (zur Abholung ausserhalb unserer Öffnungszeiten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sortiment | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gestaltung / Einrichtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parkiermöglichkeit | <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"/> |

4. Wünschen Sie durchgehende Öffnungszeiten?

- Ja Nein Neutral

5. Fehlen Ihrer Meinung nach weitere Dienstleistungen / Messungen / Gesundheitschecks und / oder Produkte?

- Ja, bitte angeben welche: _____
- _____
- Nein, das Angebot ist ausreichend

6. Wie gefällt Ihnen unsere Webseite / Facebookauftritt / Instagramauftritt?

- 1 nicht zutreffend 2 teilweise zutreffend 3 zutreffend 4 sehr zutreffend 1 2 3 4
- Der Auftritt gefällt mir.
- Ich werde regelmässig und umfassend informiert.
- Die Inhalte sind interessant und informativ.
- Das Design gefällt mir und spricht mich an.
- Ich benutze keine digitalen Medien

7. Damit die Online-Präsenz besser in Ihrem Sinne gestaltet werden kann, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

- 1 nicht zutreffend 2 teilweise zutreffend 3 zutreffend 4 sehr zutreffend 1 2 3 4
- Ich wünsche mehr Produkteaktionen auf der Webseite / Facebook.
- Ich würde gerne online bestellen.
- Ich würde gerne online Termine für Beratungsgespräche oder Messungen vereinbaren.

8. Wie sind Sie auf unsere Apotheke aufmerksam geworden?

- Sie ist in meiner Nähe
- Internet
- Zufällig
- Empfehlung
- Inserate
- Sonstiges

9. Welche regelmässigen Produkte kaufen Sie in unserer Apotheke ein?

- Verschreibungspflichtige Medikamente (Rezepte)
- Verschreibungsfreie Medikamente
- Kosmetik
- Hygieneartikel
- Alternative Heilmittel (z.B. Wala, Spagyros usw.)

10. Wir entwickeln weitere Hausspezialitäten. Bitte teilen Sie uns mit, an welchen Produkten Sie interessiert sind und Sie einkaufen werden.

- Handcreme
- Körpercreme
- Gesichtscreme
- Tierpflegeprodukte
- Sonstige _____

11. Kennen Sie unsere Kundenkarte?

- Ich werde darauf hingewiesen.
- Sie ist mir bekannt.
- Ich würde gerne mehr darüber erfahren.

12. Kennen Sie unsere Geschenkkarte?

- Ich werde darauf hingewiesen.
- Sie ist mir bekannt.
- Ich würde gerne mehr darüber erfahren.

13. Gibt es weitere Wünsche und Anregungen? Wenn ja, freuen wir uns über Ihren Kommentar.

Vielen Dank für Ihre Hilfe uns weiterzuentwickeln.
Bitte nehmen Sie ihr vorbereitetes Geschenk mit.
Ihr Team der Apotheke Möhlin