

HCAHPS-Umfrage

ANLEITUNGEN ZUR UMFRAGE

- ◆ Füllen Sie diesen Fragebogen nur aus, wenn Sie der auf dem Deckblatt genannte Patient im Krankenhaus waren. Füllen Sie den Fragebogen nicht aus, wenn Sie nicht der Patient waren.
- ◆ Beantworten Sie alle Fragen, indem Sie das Kästchen links neben Ihrer Antwort ankreuzen.
- ◆ Sie werden manchmal aufgefordert, Fragen zu überspringen. In dem Fall wird Ihnen ein Pfeil mit dem Hinweis gezeigt, zur nächsten Frage vorzugehen, wie z. B.:
 - Ja
 - Nein → **Falls Nein, weiter mit Frage 1**

Oben auf dem Fragebogen befindet sich eine Nummer. An dieser Nummer können wir erkennen, ob Sie den Fragebogen zurückgeschickt haben, damit wir Ihnen keine unnötigen Erinnerungen senden.

Bitte beachten: Fragen 1 bis 22 dieser Umfrage sind Teil einer landesweiten Initiative zur Qualitätsbewertung der Betreuung in Krankenhäusern. OMB #0938-0981 (Ablauf noch festzulegen)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über Ihren Aufenthalt in dem auf dem Deckblatt genannten Krankenhaus. Nennen Sie bei Ihren Antworten keine anderen Krankenhausaufenthalte.

IHRE BETREUUNG DURCH DIE KRANKENSCHWESTERN

1. Wie oft haben die Krankenschwestern Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes höflich und mit Respekt behandelt?

- 1 Nie
- 2 Manchmal
- 3 Meistens
- 4 Immer

2. Wie oft haben die Krankenschwestern Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes aufmerksam zugehört?

- 1 Nie
- 2 Manchmal
- 3 Meistens
- 4 Immer

3. Wie oft haben die Krankenschwestern Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes Dinge so erklärt, dass Sie sie verstehen konnten?

- 1 Nie
- 2 Manchmal
- 3 Meistens
- 4 Immer

4. **Wie oft kam während Ihres Aufenthaltes jemand, so schnell Sie wollten, wenn Sie auf den Rufknopf gedrückt haben?**

- ¹ Nie
- ² Manchmal
- ³ Meistens
- ⁴ Immer
- ⁵ Ich habe nie auf den Rufknopf gedrückt

IHRE BETREUUNG DURCH DIE ÄRZTE

5. **Wie oft haben die Ärzte Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes höflich und mit Respekt behandelt?**

- ¹ Nie
- ² Manchmal
- ³ Meistens
- ⁴ Immer

6. **Wie oft haben die Ärzte Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes aufmerksam zugehört?**

- ¹ Nie
- ² Manchmal
- ³ Meistens
- ⁴ Immer

7. **Wie oft haben die Ärzte Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes Dinge so erklärt, dass Sie sie verstehen konnten?**

- ¹ Nie
- ² Manchmal
- ³ Meistens
- ⁴ Immer

DIE BEDINGUNGEN IM KRANKENHAUS

8. **Wie oft wurden Ihr Zimmer und das Bad während dieses Krankenhausaufenthaltes gereinigt?**

- ¹ Nie
- ² Manchmal
- ³ Meistens
- ⁴ Immer

9. **War es um Ihr Krankenhauszimmer nachts normalerweise ruhig?**

- ¹ Nie
- ² Manchmal
- ³ Meistens
- ⁴ Immer

IHRE ERFAHRUNGEN IN DIESEM KRANKENHAUS

10. **Brauchten Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes Hilfe von den Krankenschwestern oder anderem Personal, um zur Toilette zu gehen oder die Bettpfanne zu verwenden?**

- ¹ Ja
- ² Nein → Falls Nein, weiter mit Frage 12

11. **Wie oft wurde Ihnen so schnell Sie wollten zur Toilette oder mit einer Bettpfanne geholfen?**

- ¹ Nie
- ² Manchmal
- ³ Meistens
- ⁴ Immer

12. Haben Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes irgendwelche Medikamente genommen, die Sie zuvor noch nie genommen hatten?

Ja

Nein → Falls Nein,
weiter zu Frage 15

13. Wie oft haben Ihnen die Pflegekräfte gesagt, was der Zweck neuer Medikamente ist, bevor sie Ihnen verabreicht wurden?

Nie

Manchmal

Meistens

Immer

14. Wie oft haben die Pflegekräfte Sie auf leicht verständliche Weise über mögliche Nebenwirkungen neuer Medikamente informiert, bevor sie Ihnen verabreicht wurden?

Nie

Manchmal

Meistens

Immer

NACH IHRER ENTLASSUNG AUS DEM KRANKENHAUS

15. Sind Sie nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus direkt nach Hause, zu jemand anderem nach Hause oder in eine andere Krankenbetreuungseinrichtung gegangen?

Nach Hause

Zu jemand anderem nach Hause

In eine andere Krankenbetreuungseinrichtung
→ Falls „andere Krankenbetreuungseinrichtung“, weiter mit Frage 18

16. Haben die Ärzte, die Krankenschwestern oder anderes Krankenhauspersonal mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie Hilfe benötigen, nachdem Sie aus dem Krankenhaus entlassen werden?

Ja

Nein

17. Haben Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes schriftliche Anweisungen erhalten, auf welche Symptome oder andere gesundheitliche Probleme Sie nach Entlassung aus dem Krankenhaus achten sollten?

Ja

Nein

ALLGEMEINE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über Ihren Aufenthalt in dem auf dem Deckblatt genannten Krankenhaus. Nennen Sie bei Ihren Antworten keine anderen Krankenhausaufenthalte.

18. Bitte bewerten Sie dieses Krankenhaus auf einer Skala von 0-10, wobei 0 für das schlechteste und 10 das beste Krankenhaus steht.

0 Schlechtestes Krankenhaus

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 Bestes Krankenhaus

19. Würden Sie dieses Krankenhaus Ihren Freunden und Verwandten empfehlen?

- ¹ Nein, auf keinen Fall
² Nein, wahrscheinlich nicht
³ Ja, wahrscheinlich
¹ Ja, auf jeden Fall

VERSTÄNDNIS DER BETREUUNG NACH IHRER ENTLASSUNG AUS DEM KRANKENHAUS

20. Während des Krankenhausaufenthaltes hat das Personal meine Wünsche und die meiner Familie oder Betreuer berücksichtigt, als es darum ging, meinen Betreuungsbedarf nach Entlassung zu bestimmen.

- ¹ Stimme überhaupt nicht zu
² Stimme nicht zu
³ Stimme zu
⁴ Stimme voll und ganz zu

21. Bei der Entlassung wusste ich, um was ich mich hinsichtlich meiner Gesundheitsversorgung kümmern muss.

- ¹ Stimme überhaupt nicht zu
² Stimme nicht zu
³ Stimme zu
⁴ Stimme voll und ganz zu

22. Bei der Entlassung wusste ich genau, für was ich welches Medikament nehmen muss.

- ¹ Stimme überhaupt nicht zu
² Stimme nicht zu
³ Stimme zu
⁴ Stimme voll und ganz zu
⁵ Bei der Entlassung wurden mir keine Medikamente mitgegeben

ZU IHRER PERSON

Nur noch ein paar Fragen zu Ihrer Person.

23. Würden Sie über die Notaufnahme in dieses Krankenhaus aufgenommen?

- ¹ Ja
² Nein

24. Wie würden Sie Ihre Gesundheit ganz allgemein bewerten?

- ¹ Ausgezeichnet
² Sehr gut
³ Gut
⁴ Akzeptabel
⁵ Schlecht

25. Wie würden Sie Ihre geistige oder seelische Gesundheit ganz allgemein bewerten?

- ¹ Ausgezeichnet
² Sehr gut
³ Gut
⁴ Akzeptabel
⁵ Schlecht

26. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- ¹ 8. Klasse oder darunter
² Ein paar Jahre High School, aber ohne Abschluss
³ High School Diplom oder entsprechender Abschluss
⁴ Ein paar Jahre Studium oder 2-jähriger Hochschulabschluss
⁵ 4-jähriger Hochschulabschluss
⁶ Mehr als 4-jähriger Hochschulabschluss

27. Sind Sie spanischer, hispanoamerikanischer oder lateinamerikanischer Abstammung?

- ¹ Nein, nicht spanisch/
hispanoamerikanisch/
lateinamerikanisch
- ² Ja, puertoricanisch
- ³ Ja, mexikanisch, mexikanisch-
amerikanisch, „Chicano“
- ⁴ Ja, kubanisch
- ⁵ Ja, anderer spanischer/
hispanoamerikanischer/
lateinamerikanischer Abstammung

28. Was ist Ihre Rasse? Bitte mind. eine auswählen.

- ¹ Weiß
- ² Schwarz oder Afro-Amerikaner
- ³ Asiate
- ⁴ Hawaiianer/Pazifikinsulaner
- ⁵ Indianer oder Ureinwohner Alaskas

29. Welche Sprache sprechen Sie hauptsächlich zu Hause?

- ¹ Englisch
- ² Spanisch
- ³ Chinesisch
- ⁴ Russisch
- ⁵ Vietnamesisch
- ⁶ Portugiesisch
- ⁷ Deutsch
- ⁹ Andere Sprache (in
Druckbuchstaben):

VIELEN DANK

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen in dem frankierten Umschlag zurück.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

Die Fragen 1-19 und 23-29 sind Teil der HCAHPS-Umfrage und wurden von der US-Regierung verfasst. Diese HCAHPS-Fragen sind öffentlich zugänglich und unterliegen daher NICHT den US-amerikanischen Urheberrechtsgesetzen. Die drei Care Transitions Measure® Fragen (Fragen 20-22) sind urheberrechtlich geschützt durch Eric A. Coleman, MD, MPH, Alle Rechte vorbehalten.

HCAHPS-Umfrage

ANLEITUNGEN ZUR UMFRAGE

- ◆ Füllen Sie diesen Fragebogen nur aus, wenn Sie der auf dem Deckblatt genannte Patient im Krankenhaus waren. Füllen Sie den Fragebogen nicht aus, wenn Sie nicht der Patient waren.
- ◆ Beantworten Sie alle Fragen, indem Sie das Kästchen links neben Ihrer Antwort ankreuzen.
- ◆ Sie werden manchmal aufgefordert, Fragen zu überspringen. In dem Fall wird Ihnen ein Pfeil mit dem Hinweis gezeigt, zur nächsten Frage vorzugehen, wie z. B.:

- Ja
 Nein → **Falls Nein, weiter mit Frage 1**

Oben auf dem Fragebogen befindet sich eine Nummer. An dieser Nummer können wir erkennen, ob Sie den Fragebogen zurückgeschickt haben, damit wir Ihnen keine unnötigen Erinnerungen senden.

Bitte beachten: Fragen 1 bis 22 dieser Umfrage sind Teil einer landesweiten Initiative zur Qualitätsbewertung der Betreuung in Krankenhäusern. OMB #0938-0981 (Ablauf noch festzulegen)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über Ihren Aufenthalt in dem auf dem Deckblatt genannten Krankenhaus. Nennen Sie bei Ihren Antworten keine anderen Krankenhausaufenthalte.

IHRE BETREUUNG DURCH DIE KRANKENSCHWESTERN

1. Wie oft haben die Krankenschwestern Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes höflich und mit Respekt behandelt?

- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

2. Wie oft haben die Krankenschwestern Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes aufmerksam zugehört?

- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

3. Wie oft haben die Krankenschwestern Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes Dinge so erklärt, dass Sie sie verstehen konnten?

- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

4. **Wie oft kam während Ihres Aufenthaltes jemand, so schnell Sie wollten, wenn Sie auf den Rufknopf gedrückt haben?**

- ¹0 Nie
- ²0 Manchmal
- ³0 Meistens
- ⁴0 Immer
- ⁵0 Ich habe nie auf den Rufknopf gedrückt

IHRE BETREUUNG DURCH DIE ÄRZTE

5. **Wie oft haben die Ärzte Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes höflich und mit Respekt behandelt?**

- ¹0 Nie
- ²0 Manchmal
- ³0 Meistens
- ⁴0 Immer

6. **Wie oft haben die Ärzte Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes aufmerksam zugehört?**

- ¹0 Nie
- ²0 Manchmal
- ³0 Meistens
- ⁴0 Immer

7. **Wie oft haben die Ärzte Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes Dinge so erklärt, dass Sie sie verstehen konnten?**

- ¹0 Nie
- ²0 Manchmal
- ³0 Meistens
- ⁴0 Immer

DIE BEDINGUNGEN IM KRANKENHAUS

8. **Wie oft wurden Ihr Zimmer und das Bad während dieses Krankenhausaufenthaltes gereinigt?**

- ¹0 Nie
- ²0 Manchmal
- ³0 Meistens
- ⁴0 Immer

9. **War es um Ihr Krankenzimmer nachts normalerweise ruhig?**

- ¹0 Nie
- ²0 Manchmal
- ³0 Meistens
- ⁴0 Immer

IHRE ERFAHRUNGEN IN DIESEM KRANKENHAUS

10. **Brauchten Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes Hilfe von den Krankenschwestern oder anderem Personal, um zur Toilette zu gehen oder die Bettpfanne zu verwenden?**

- ¹0 Ja
- ²0 Nein → Falls Nein, weiter mit Frage 12

11. **Wie oft wurde Ihnen so schnell Sie wollten zur Toilette oder mit einer Bettpfanne geholfen?**

- ¹0 Nie
- ²0 Manchmal
- ³0 Meistens
- ⁴0 Immer

12. Haben Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes irgendwelche Medikamente genommen, die Sie zuvor noch nie genommen hatten?

¹0 Ja

²0 Nein → Falls Nein,
weiter zu Frage 15

13. Wie oft haben Ihnen die Pflegekräfte gesagt, was der Zweck neuer Medikamente ist, bevor sie Ihnen verabreicht wurden?

¹0 Nie

²0 Manchmal

³0 Meistens

⁴0 Immer

14. Wie oft haben die Pflegekräfte Sie auf leicht verständliche Weise über mögliche Nebenwirkungen neuer Medikamente informiert, bevor sie Ihnen verabreicht wurden?

¹0 Nie

²0 Manchmal

³0 Meistens

⁴0 Immer

NACH IHRER ENTLASSUNG AUS DEM KRANKENHAUS

15. Sind Sie nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus direkt nach Hause, zu jemand anderem nach Hause oder in eine andere Krankenbetreuungseinrichtung gegangen?

¹0 Nach Hause

²0 Zu jemand anderem nach Hause

³0 In eine andere Krankenbetreuungseinrichtung
→ Falls „andere Krankenbetreuungseinrichtung“,
weiter mit Frage 18

16. Haben die Ärzte, die Krankenschwestern oder anderes Krankenhauspersonal mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie Hilfe benötigen, nachdem Sie aus dem Krankenhaus entlassen werden?

¹0 Ja

²0 Nein

17. Haben Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes schriftliche Anweisungen erhalten, auf welche Symptome oder andere gesundheitliche Probleme Sie nach Entlassung aus dem Krankenhaus achten sollten?

¹0 Ja

²0 Nein

ALLGEMEINE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über Ihren Aufenthalt in dem auf dem Deckblatt genannten Krankenhaus. Nennen Sie bei Ihren Antworten keine anderen Krankenhausaufenthalte.

18. Bitte bewerten Sie dieses Krankenhaus auf einer Skala von 0-10, wobei 0 für das schlechteste und 10 das beste Krankenhaus steht.

⁰0 0 Schlechtestes Krankenhaus

¹0 1

²0 2

³0 3

⁴0 4

⁵0 5

⁶0 6

⁷0 7

⁸0 8

⁹0 9

¹⁰0 10 Bestes Krankenhaus

19. Würden Sie dieses Krankenhaus Ihren Freunden und Verwandten empfehlen?

- ¹0 Nein, auf keinen Fall
- ²0 Nein, wahrscheinlich nicht
- ³0 Ja, wahrscheinlich
- ¹0 Ja, auf jeden Fall

VERSTÄNDNIS DER BETREUUNG NACH IHRER ENTLASSUNG AUS DEM KRANKENHAUS

20. Während des Krankenhausaufenthaltes hat das Personal meine Wünsche und die meiner Familie oder Betreuer berücksichtigt, als es darum ging, meinen Betreuungsbedarf nach Entlassung zu bestimmen.

- ¹0 Stimme überhaupt nicht zu
- ²0 Stimme nicht zu
- ³0 Stimme zu
- ⁴0 Stimme voll und ganz zu

21. Bei der Entlassung wusste ich, um was ich mich hinsichtlich meiner Gesundheitsversorgung kümmern muss.

- ¹0 Stimme überhaupt nicht zu
- ²0 Stimme nicht zu
- ³0 Stimme zu
- ⁴0 Stimme voll und ganz zu

22. Bei der Entlassung wusste ich genau, für was ich welches Medikament nehmen muss.

- ¹0 Stimme überhaupt nicht zu
- ²0 Stimme nicht zu
- ³0 Stimme zu
- ⁴0 Stimme voll und ganz zu
- ⁵0 Bei der Entlassung wurden mir keine Medikamente mitgegeben

ZU IHRER PERSON

Nur noch ein paar Fragen zu Ihrer Person.

23. Würden Sie über die Notaufnahme in dieses Krankenhaus aufgenommen?

- ¹0 Ja
- ²0 Nein

24. Wie würden Sie Ihre Gesundheit ganz allgemein bewerten?

- ¹0 Ausgezeichnet
- ²0 Sehr gut
- ³0 Gut
- ⁴0 Akzeptabel
- ⁵0 Schlecht

25. Wie würden Sie Ihre geistige oder seelische Gesundheit ganz allgemein bewerten?

- ¹0 Ausgezeichnet
- ²0 Sehr gut
- ³0 Gut
- ⁴0 Akzeptabel
- ⁵0 Schlecht

26. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- ¹0 8. Klasse oder darunter
- ²0 Ein paar Jahre High School, aber ohne Abschluss
- ³0 High School Diplom oder entsprechender Abschluss
- ⁴0 Ein paar Jahre Studium oder 2-jähriger Hochschulabschluss
- ⁵0 4-jähriger Hochschulabschluss
- ⁶0 Mehr als 4-jähriger Hochschulabschluss

27. Sind Sie spanischer, hispanoamerikanischer oder lateinamerikanischer Abstammung?

- ¹0 Nein, nicht spanisch/
hispanoamerikanisch/
lateinamerikanisch
- ²0 Ja, puertoricanisch
- ³0 Ja, mexikanisch, mexikanisch-
amerikanisch, „Chicano“
- ⁴0 Ja, kubanisch
- ⁵0 Ja, anderer spanischer/
hispanoamerikanischer/
lateinamerikanischer Abstammung

28. Was ist Ihre Rasse? Bitte mind. eine auswählen.

- ¹0 Weiß
- ²0 Schwarz oder Afro-Amerikaner
- ³0 Asiate
- ⁴0 Hawaiianer/Pazifikinsulaner
- ⁵0 Indianer oder Ureinwohner Alaskas

29. Welche Sprache sprechen Sie hauptsächlich zu Hause?

- ¹0 Englisch
- ²0 Spanisch
- ³0 Chinesisch
- ⁴0 Russisch
- ⁵0 Vietnamesisch
- ⁶0 Portugiesisch
- ⁷0 Deutsch
- ⁹0 Andere Sprache (in
Druckbuchstaben):

VIELEN DANK

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen in dem frankierten Umschlag zurück.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

Die Fragen 1-19 und 23-29 sind Teil der HCAHPS-Umfrage und wurden von der US-Regierung verfasst. Diese HCAHPS-Fragen sind öffentlich zugänglich und unterliegen daher NICHT den US-amerikanischen Urheberrechtsgesetzen. Die drei Care Transitions Measure® Fragen (Fragen 20-22) sind urheberrechtlich geschützt durch Eric A. Coleman, MD, MPH, Alle Rechte vorbehalten.

Sample Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Sehr geehrte/r [SAMPLED PATIENT NAME]:

Aus unseren Unterlagen geht hervor, dass Sie vor Kurzem ein Patient im [NAME OF HOSPITAL] waren und am [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)] entlassen wurden. Da Sie vor Kurzem im Krankenhaus waren, möchten wir Sie um Ihre Hilfe bitten. Diese Umfrage gehört zu den laufenden, landesweiten Bemühungen, in Erfahrung zu bringen, wie Patienten ihr Krankenhaus wahrnehmen. Die Ergebnisse werden veröffentlicht und im Internet zur Verfügung gestellt unter www.medicare.gov/hospitalcompare. Aufgrund der Ergebnisse können Patienten wichtige Entscheidungen über ihre Krankenhausbetreuung treffen. Krankenhäuser wiederum haben die Chance, ihre Betreuung zu verbessern.

Fragen 1-22 der beiliegenden Umfrage sind Teil der landesweiten, vom US-Gesundheitsministerium (United States Department of Health and Human Services) geförderten Initiative zur Qualitätsbewertung der Betreuung in Krankenhäusern. Ihre Teilnahme ist freiwillig und hat keinerlei Auswirkungen auf Ihre Ansprüche auf Krankenversorgung.

Wir hoffen, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen Fragebogen auszufüllen. Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme. Nachdem Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, senden Sie ihn bitte im frankierten Umschlag zurück. Ihre Antworten werden möglicherweise zu Verbesserungszwecken an das Krankenhaus weitergegeben. [OPTIONAL: Möglicherweise steht auf der Umfrage eine Zahl. Diese Zahl teilt uns mit, ob Sie Ihre Umfrage zurückgesandt haben, damit wir Ihnen keine unnötigen Erinnerungen zusenden.]

Wenn Sie Fragen zur beiliegenden Umfrage haben, rufen Sie bitte die gebührenfreie Telefonnummer 1-800-xxx-xxxx an. Vielen Dank, dass Sie uns helfen, die Gesundheitsversorgung für alle Patienten zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

Note: The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the mailing. This language can be either on the front or back of the cover letter or questionnaire, but cannot be a separate mailing. The exact OMB Paperwork Reduction Act language is included in this appendix. Please refer to the Mail Only, and Mixed Mode sections, for specific letter guidelines.

Sample Follow-up Cover Letter for the HCAHPS Survey

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Sehr geehrte/r [SAMPLED PATIENT NAME]:

Aus unseren Unterlagen geht hervor, dass Sie vor kurzem ein Patient im [NAME OF HOSPITAL] waren und am [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)] entlassen wurden. Vor ungefähr drei Wochen erhielten Sie von uns einen Fragebogen bezüglich Ihres Krankenhausaufenthaltes. Wenn Sie den Fragebogen bereits an uns zurückgesandt haben, bedanken wir uns und Sie können diesen Brief ignorieren. Falls Sie noch nicht Gelegenheit hatten, den Fragebogen auszufüllen, so tun Sie das bitte jetzt. Es wird nur wenige Minuten dauern.

Da Sie kürzlich im Krankenhaus waren, bitten wir um Ihre Hilfe. Diese Umfrage gehört zu den laufenden, landesweiten Bemühungen, in Erfahrung zu bringen, wie Patienten ihr Krankenhaus wahrnehmen. Die Ergebnisse werden veröffentlicht und im Internet zur Verfügung gestellt unter www.medicare.gov/hospitalcompare. Aufgrund der Ergebnisse können Patienten wichtige Entscheidungen über ihre Krankenhausbetreuung treffen. Krankenhäuser wiederum haben die Chance, ihre Betreuung zu verbessern.

Fragen 1-22 der beiliegenden Umfrage sind Teil der landesweiten, vom US-Gesundheitsministerium (United States Department of Health and Human Services) geförderten Initiative zur Qualitätsbewertung der Betreuung in Krankenhäusern. Ihre Teilnahme ist freiwillig und hat keinerlei Auswirkungen auf Ihre Ansprüche auf Krankenversorgung. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen Sie den Fragebogen aus. Nachdem Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, senden Sie ihn bitte im frankierten Umschlag zurück. Ihre Antworten werden möglicherweise zu Verbesserungszwecken an das Krankenhaus weitergegeben. [OPTIONAL: Möglicherweise steht auf der Umfrage eine Zahl. Diese Zahl teilt uns mit, ob Sie Ihre Umfrage zurückgesandt haben, damit wir Ihnen keine unnötigen Erinnerungen zusenden.]

Wenn Sie Fragen zur beiliegenden Umfrage haben, rufen Sie bitte die gebührenfreie Telefonnummer 1-800-xxx-xxxx an. Vielen Dank, dass Sie uns helfen, die Gesundheitsversorgung für alle Patienten zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

Note: The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the mailing. This language can be either on the front or back of the cover letter or questionnaire, but cannot be a separate mailing. The exact OMB Paperwork Reduction Act language is included in this appendix. Please refer to the Mail Only, and Mixed Mode sections, for specific letter guidelines.

OMB Paperwork Reduction Act Language

The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the survey mailing. This language can be either on the front or back of the cover letter or questionnaire, but cannot be a separate mailing. The following is the language that must be used:

German Version

„Gemäß dem Gesetz zur Vermeidung unnötiger Formulare (Paperwork Reduction Act) von 1995 ist niemand verpflichtet, auf eine Informationserhebung zu antworten, es sei denn, sie enthält eine gültige OMB-Kontrollnummer. Die gültige OMB-Kontrollnummer für diese Informationserhebung ist 0938-0981 (Ablauf noch festzulegen). Die zum Ausfüllen dieser Informationserhebung benötigte Zeit wird für die Fragen 1-22 der Umfrage auf durchschnittlich 7 Minuten geschätzt, einschließlich der Zeit zur Ansicht der Anleitungen, Suche nach Datenquellen, Sammlung der Informationen und dem Ausfüllen und der Überprüfung der Informationserhebung. Wenn Sie Bemerkungen bezüglich der Zeitschätzung(en) oder Vorschläge zur Verbesserung dieses Formulars haben, schreiben Sie bitte an: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.“

