

Optional Modified Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey – German

[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.

Die beigefügte Umfrage soll in Erfahrung bringen, wie Patienten ihre Pflege im Krankenhaus wahrnehmen. Fragen 1-29 der Umfrage sind Teil einer vom US-Gesundheitsministerium (United States Department of Health and Human Services) geförderten Initiative und werden ca. 7 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Ihre Teilnahme ist freiwillig und Ihre Antworten werden vertraulich behandelt. Die Ergebnisse der Krankenhäuser werden im Internet unter www.medicare.gov/hospitalcompare veröffentlicht, um Patienten bei der Auswahl eines Krankenhauses und die Krankenhäuser bei der Verbesserung ihrer Versorgung zu unterstützen.

Nachdem Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, senden Sie ihn bitte im frankierten Umschlag zurück. [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 in Krankenhäusern zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

[OPTIONAL: 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 30. November 2021). Die zum Ausfüllen dieser Informationserhebung benötigte Zeit wird für die Fragen 1-29 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.]

Optional Modified Follow-up Cover Letter for the HCAHPS Survey – German

[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.

Die beigefügte Umfrage soll in Erfahrung bringen, wie Patienten ihre Pflege im Krankenhaus wahrnehmen. Fragen 1-29 der Umfrage sind Teil einer vom US-Gesundheitsministerium (United States Department of Health and Human Services) geförderten Initiative und werden ca. 7 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Ihre Teilnahme ist freiwillig und Ihre Antworten werden vertraulich behandelt. Die Ergebnisse der Krankenhäuser werden im Internet unter www.medicare.gov/hospitalcompare veröffentlicht, um Patienten bei der Auswahl eines Krankenhauses und die Krankenhäuser bei der Verbesserung ihrer Versorgung zu unterstützen.

Nachdem Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, senden Sie ihn bitte im frankierten Umschlag zurück. [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 in Krankenhäusern zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

[OPTIONAL: 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 30. November 2021). Die zum Ausfüllen dieser Informationserhebung benötigte Zeit wird für die Fragen 1-29 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.]