

# 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 29 dieser Umfrage sind Teil einer landesweiten Initiative zur Qualitätsbewertung der Betreuung in Krankenhäusern. OMB #0938-0981 (Ablauf 30. September 2024)**

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 Krankenzimmer 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 zu 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 zu 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
- 4  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
- 8 Tagalog
- 9 Arabisch
- 20 Andere Sprache (in  
Druckbuchstaben):  
\_\_\_\_\_

*NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT MUST BE PLACED IMMEDIATELY BEFORE THE SUPPLEMENTAL QUESTION(S).*

**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 29 dieser Umfrage sind Teil einer landesweiten Initiative zur Qualitätsbewertung der Betreuung in Krankenhäusern. OMB #0938-0981 (Ablauf 30. September 2024)**

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 Krankenhauszimmer 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 zu 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?

<sup>1</sup>0 Ja

<sup>2</sup>0 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?

<sup>1</sup>0 Nie

<sup>2</sup>0 Manchmal

<sup>3</sup>0 Meistens

<sup>4</sup>0 Immer

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

<sup>1</sup>0 Nie

<sup>2</sup>0 Manchmal

<sup>3</sup>0 Meistens

<sup>4</sup>0 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?

<sup>1</sup>0 Nach Hause

<sup>2</sup>0 Zu jemand anderem nach Hause

<sup>3</sup>0 In eine andere  
Krankenbetreuungseinrichtung  
→ Falls „andere  
Krankenbetreuungseinrichtung“,  
weiter zu 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?

<sup>1</sup>0 Ja

<sup>2</sup>0 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?

<sup>1</sup>0 Ja

<sup>2</sup>0 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.

<sup>0</sup>0 0 Schlechtestes Krankenhaus

<sup>1</sup>0 1

<sup>2</sup>0 2

<sup>3</sup>0 3

<sup>4</sup>0 4

<sup>5</sup>0 5

<sup>6</sup>0 6

<sup>7</sup>0 7

<sup>8</sup>0 8

<sup>9</sup>0 9

<sup>10</sup>0 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
- 40 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
- 80 Tagalog
- 90 Arabisch
- 200 Andere Sprache (in  
Druckbuchstaben):  
\_\_\_\_\_

*NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT MUST BE PLACED IMMEDIATELY BEFORE THE SUPPLEMENTAL QUESTION(S).*

**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.

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. Ihre Informationen helfen dabei, das Angebot der Krankenhäuser zu verbessern und anderen Menschen bei der Auswahl eines Krankenhauses zu helfen. Die Ergebnisse der aktuellen Befragung und Krankenhausbewertungen finden Sie auf Care Compare auf [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/care-compare) ([www.medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare)).

Nachdem Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, senden Sie ihn bitte im frankierten Umschlag zurück. Wenn Sie Fragen zur beiliegenden Umfrage haben, rufen Sie bitte die gebührenfreie Telefonnummer: 1-xxx-xxx-xxxx an.

Vielen Dank, dass Sie uns helfen, die Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]



# 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 ein paar 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. Ihre Informationen helfen dabei, das Angebot der Krankenhäuser zu verbessern und anderen Menschen bei der Auswahl eines Krankenhauses zu helfen. Die Ergebnisse der aktuellen Befragung und Krankenhausbewertungen finden Sie auf Care Compare auf [Medicare.gov](http://www.medicare.gov/care-compare) ([www.medicare.gov/care-compare](http://www.medicare.gov/care-compare)).

Nachdem Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, senden Sie ihn bitte im frankierten Umschlag zurück. Wenn Sie Fragen zur beiliegenden Umfrage haben, rufen Sie bitte die gebührenfreie Telefonnummer: 1-xxx-xxx-xxxx an.

Vielen Dank, dass Sie uns helfen, die Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]





# Survey and Cover Letter Required Language

## 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:*

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. September 2024). 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.

## Mandatory Transition Statement if Supplemental Items Are Added

*The mandatory transition statement must be placed in the questionnaire immediately before the supplemental question(s) to indicate a transition from the HCAHPS questions (Questions 1-29) to the hospital-specific supplemental question or questions.*

*The following statement must be placed immediately before the addition of a single supplemental question:*

**Die Fragen 1 bis 29 dieser Umfrage kommen vom U.S.- Gesundheitsministerium (Department of Health and Human Services) und dienen der Qualitätsmessung. Der Zweck der nächsten Frage von [NAME OF HOSPITAL] und dienen dazu, weitere Informationen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt zu bekommen. Diese Antworten werden nicht an das Gesundheitsministerium weitergegeben.**

*The following statement must be placed immediately before the addition of more than one supplemental question:*

**Die Fragen 1 bis 29 dieser Umfrage kommen vom U.S.- Gesundheitsministerium (Department of Health and Human Services) und dienen der Qualitätsmessung. Die folgenden Fragen stammen vom Krankenhaus [NAME OF HOSPITAL] und dienen dazu, weitere Informationen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt zu bekommen. Diese Antworten werden nicht an das Gesundheitsministerium weitergegeben.**

## Unique Identifier Language

*The following language indicates the purpose of the unique identifier. This language must be printed either immediately after the survey instructions on the questionnaire (preferred) or on the cover letter, and may appear on both:*

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.

## Copyright Statement

*The following copyright statement must be included on the questionnaire, preferably on the last page:*

*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.*

## Reply-by Date (Optional)

*The following two options are available for adding a reply-by date to the **follow-up cover letter**.*

*Placed above the salutation, such as:*

Bitte antworten Sie bis: [DATE (mm/dd/yyyy)].

*In the fourth paragraph after the sentence, “After you have completed the survey, please return it in the enclosed pre-paid envelope.” An example of allowable reply-by text includes:*

Bitte füllen Sie die beigefügte Umfrage aus und senden Sie sie bis zum [DATE (mm/dd/yyyy)] im frankierten Umschlag zurück.