

Befragung Zu Krankenhauserfahrung

ANLEITUNGEN ZUR UMFRAGE

- ◆ Im Rahmen dieser Befragung werden wir Sie zu Ihren Erfahrungen mit der Betreuung und dem Aufenthalt in dem Krankenhaus, das im Begleitschreiben genannt wurde, befragen.
- ◆ 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 zu 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 32 dieser Umfrage sind Teil einer landesweiten Initiative zur Qualitätsbewertung der Betreuung in Krankenhäusern. OMB #0938-0981 (Ablauf 30. November 2027)

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

IHRE BETREUUNG DURCH DIE KRANKENPFLEGEKRÄFTE

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

- Nie
- Manchmal
- Meistens
- Immer

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

- Nie
- Manchmal
- Meistens
- Immer

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

- Nie
- Manchmal
- Meistens
- Immer

IHRE BETREUUNG DURCH DIE ÄRZTE

4. Wie oft haben die Ärzte und Ärztinnen Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes höflich und mit Respekt behandelt?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer
5. Wie oft haben die Ärzte und Ärztinnen Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes aufmerksam zugehört?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer
6. Wie oft haben die Ärzte und Ärztinnen Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes Dinge so erklärt, dass Sie sie verstehen konnten?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

DIE BEDINGUNGEN IM KRANKENHAUS

7. Wie oft wurden Ihr Zimmer und das Bad während dieses Krankenhausaufenthaltes gereinigt?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

8. Wie häufig haben Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes die benötigte Ruhe gefunden?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer
9. War es um Ihr Krankenzimmer nachts normalerweise ruhig?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

IHRE BETREUUNG IN DIESEM KRANKENHAUS

10. Wie häufig waren die Ärzte und Ärztinnen, Krankenpflegekräfte und andere Mitarbeitende während Ihres Krankenhausaufenthaltes über Ihre Versorgung informiert und auf dem neuesten Stand?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer
11. Wie häufig haben die Ärzte und Ärztinnen, Krankenpflegekräfte und andere Mitarbeitende während Ihres Krankenhausaufenthaltes im Rahmen Ihrer Versorgung gut zusammengearbeitet?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

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

- Ja
 Nein → Falls „Nein“, weiter zu Frage 14

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

- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

14. Wie häufig haben Sie, wenn Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes unmittelbar um Hilfe gebeten haben, so schnell wie nötig auch Hilfe bekommen?

- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer
 Ich habe niemals unmittelbar um Hilfe gebeten

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

- Ja
 Nein → Falls „Nein“, weiter zu Frage 18

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

- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

17. 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

18. Wurden Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes von Ärzten und Ärztinnen, den Krankenpflegekräften und sonstigen Mitarbeitenden dabei unterstützt, sich auszuruhen und zu genesen?

- Ja, auf jeden Fall
 Ja, in gewissem Maße
 Nein

ENTLASSUNG AUS DEM KRANKENHAUS

19. Haben die Ärzte und Ärztinnen, die Krankenpflegekräfte und andere Mitarbeitende gemeinsam mit Ihnen oder Ihren Verwandten oder Betreuungspersonen an einem Plan für Ihre Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus gearbeitet?

- Ja, auf jeden Fall
 Ja, in gewissem Maße
 Nein

20. Haben die Ärzte und Ärztinnen, die Krankenpflegekräfte und andere Mitarbeitende Ihre Verwandten oder Betreuungspersonen ausreichend darüber informiert, auf welche Symptome oder anderen gesundheitlichen Probleme nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geachtet werden sollte?

- Ja, auf jeden Fall
- Ja, in gewissem Maße
- Nein
- Ich hatte keine Verwandten oder Betreuungspersonen, die auf Symptome oder andere gesundheitliche Probleme hätten achten können

21. Sind Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus direkt nach Hause oder in das Zuhause einer anderen Person zurückgekehrt, oder haben Sie sich in eine andere Krankenbetreuungseinrichtung begeben?

- Nach Hause
- Zu jemand anderem nach Hause
- In eine andere Krankenbetreuungseinrichtung
→ Falls „andere Krankenbetreuungseinrichtung“, weiter zu Frage 24

22. Haben die Ärzte und Ärztinnen, die Krankenpflegekräfte und andere Mitarbeitende während dieses Krankenhausaufenthaltes mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie im Anschluss an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus über die Hilfe verfügen würden, die Sie möglicherweise benötigten?

- Ja
- Nein

23. 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 im Begleitschreiben genannten Krankenhaus. Nennen Sie bei Ihren Antworten keine anderen Krankenhausaufenthalte.

24. 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

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

- Nein, auf keinen Fall
- Nein, wahrscheinlich nicht
- Ja, wahrscheinlich
- Ja, auf jeden Fall

ZU IHRER PERSON

Nur noch ein paar Fragen zu Ihrer Person.

26. Handelte es sich um einen geplanten Krankenhausaufenthalt?

- Ja, auf jeden Fall
- Ja, in gewissem Maße
- Nein

27. Wie würden Sie Ihre Gesundheit ganz allgemein bewerten?

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Akzeptabel
- Schlecht

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

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Akzeptabel
- Schlecht

29. Welche Sprache sprechen Sie hauptsächlich zu Hause?

- Englisch
- Spanisch
- Chinesisch
- Sonstige Sprache

30. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

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

31. Sind Sie spanisch, hispanoamerikanisch oder lateinamerikanisch?

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

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

- Indianer oder Ureinwohner Alaskas
- Asiate
- Schwarz oder Afro-Amerikaner
- Ureinwohner Hawaiis oder sonstiger Pazifikinsulaner
- Weiß

NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, LIMIT OF 12, 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 1-32 dieser Umfrage wurden von der US-Regierung verfasst. Sie sind öffentlich zugänglich und unterliegen daher NICHT den US-amerikanischen Urheberrechtsgesetzen.

Befragung Zu Krankenhauserfahrung

ANLEITUNGEN ZUR UMFRAGE

- ◆ Im Rahmen dieser Befragung werden wir Sie zu Ihren Erfahrungen mit der Betreuung und dem Aufenthalt in dem Krankenhaus, das im Begleitschreiben genannt wurde, befragen.
- ◆ Beantworten Sie alle Fragen, indem Sie den Kreis neben Ihrer Antwort vollständig ausfüllen.
- ◆ 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 zu 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 32 dieser Umfrage sind Teil einer landesweiten Initiative zur Qualitätsbewertung der Betreuung in Krankenhäusern. OMB #0938-0981 (Ablauf 30. November 2027)

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

IHRE BETREUUNG DURCH DIE KRANKENPFLEGEKRÄFTE

1. Wie oft haben die Krankenpflegekräfte Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes höflich und mit Respekt behandelt?
- Nie
 - Manchmal
 - Meistens
 - Immer

2. Wie oft haben die Krankenpflegekräfte Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes aufmerksam zugehört?
- Nie
 - Manchmal
 - Meistens
 - Immer
3. Wie oft haben die Krankenpflegekräfte Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes Dinge so erklärt, dass Sie sie verstehen konnten?
- Nie
 - Manchmal
 - Meistens
 - Immer

IHRE BETREUUNG DURCH DIE ÄRZTE

4. Wie oft haben die Ärzte und Ärztinnen Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes höflich und mit Respekt behandelt?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer
5. Wie oft haben die Ärzte und Ärztinnen Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes aufmerksam zugehört?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer
6. Wie oft haben die Ärzte und Ärztinnen Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes Dinge so erklärt, dass Sie sie verstehen konnten?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

DIE BEDINGUNGEN IM KRANKENHAUS

7. Wie oft wurden Ihr Zimmer und das Bad während dieses Krankenhausaufenthaltes gereinigt?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

8. Wie häufig haben Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes die benötigte Ruhe gefunden?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer
9. War es um Ihr Krankenzimmer nachts normalerweise ruhig?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

IHRE BETREUUNG IN DIESEM KRANKENHAUS

10. Wie häufig waren die Ärzte und Ärztinnen, Krankenpflegekräfte und andere Mitarbeitende während Ihres Krankenhausaufenthaltes über Ihre Versorgung informiert und auf dem neuesten Stand?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer
11. Wie häufig haben die Ärzte und Ärztinnen, Krankenpflegekräfte und andere Mitarbeitende während Ihres Krankenhausaufenthaltes im Rahmen Ihrer Versorgung gut zusammengearbeitet?
- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

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

- Ja
 Nein → Falls „Nein“, weiter zu Frage 14

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

- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

14. Wie häufig haben Sie, wenn Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes unmittelbar um Hilfe gebeten haben, so schnell wie nötig auch Hilfe bekommen?

- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer
 Ich habe niemals unmittelbar um Hilfe gebeten

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

- Ja
 Nein → Falls „Nein“, weiter zu Frage 18

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

- Nie
 Manchmal
 Meistens
 Immer

17. 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

18. Wurden Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes von Ärzten und Ärztinnen, den Krankenpflegekräften und sonstigen Mitarbeitenden dabei unterstützt, sich auszuruhen und zu genesen?

- Ja, auf jeden Fall
 Ja, in gewissem Maße
 Nein

ENTLASSUNG AUS DEM KRANKENHAUS

19. Haben die Ärzte und Ärztinnen, die Krankenpflegekräfte und andere Mitarbeitende gemeinsam mit Ihnen oder Ihren Verwandten oder Betreuungspersonen an einem Plan für Ihre Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus gearbeitet?

- Ja, auf jeden Fall
 Ja, in gewissem Maße
 Nein

20. Haben die Ärzte und Ärztinnen, die Krankenpflegekräfte und andere Mitarbeitende Ihre Verwandten oder Betreuungspersonen ausreichend darüber informiert, auf welche Symptome oder anderen gesundheitlichen Probleme nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geachtet werden sollte?

- Ja, auf jeden Fall
- Ja, in gewissem Maße
- Nein
- Ich hatte keine Verwandten oder Betreuungspersonen, die auf Symptome oder andere gesundheitliche Probleme hätten achten können

21. Sind Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus direkt nach Hause oder in das Zuhause einer anderen Person zurückgekehrt, oder haben Sie sich in eine andere Krankenbetreuungseinrichtung begeben?

- Nach Hause
- Zu jemand anderem nach Hause
- In eine andere Krankenbetreuungseinrichtung →
Falls „andere Krankenbetreuungseinrichtung“, weiter zu Frage 24

22. Haben die Ärzte und Ärztinnen, die Krankenpflegekräfte und andere Mitarbeitende während dieses Krankenhausaufenthaltes mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie im Anschluss an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus über die Hilfe verfügen würden, die Sie möglicherweise benötigen?

- Ja
- Nein

23. 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 im Begleitschreiben genannten Krankenhaus. Nennen Sie bei Ihren Antworten keine anderen Krankenhausaufenthalte.

24. 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

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

- Nein, auf keinen Fall
- Nein, wahrscheinlich nicht
- Ja, wahrscheinlich
- Ja, auf jeden Fall

ZU IHRER PERSON

Nur noch ein paar Fragen zu Ihrer Person.

26. **Handelte es sich um einen geplanten Krankenhausaufenthalt?**

- Ja, auf jeden Fall
- Ja, in gewissem Maße
- Nein

27. **Wie würden Sie Ihre Gesundheit ganz allgemein bewerten?**

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Akzeptabel
- Schlecht

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

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Akzeptabel
- Schlecht

29. **Welche Sprache sprechen Sie hauptsächlich zu Hause?**

- Englisch
- Spanisch
- Chinesisch
- Sonstige Sprache

30. **Was ist Ihr höchster Schulabschluss?**

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

31. **Sind Sie spanisch, hispanoamerikanisch oder lateinamerikanisch?**

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

32. **Was ist Ihre Rasse? Bitte mind. eine auswählen.**

- Indianer oder Ureinwohner Alaskas
- Asiate
- Schwarz oder Afro-Amerikaner
- Ureinwohner Hawaiis oder sonstiger Pazifikinsulaner
- Weiß

NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, LIMIT OF 12, 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 1-32 dieser Umfrage wurden von der US-Regierung verfasst. Sie sind öffentlich zugänglich und unterliegen daher NICHT den US-amerikanischen Urheberrechtsgesetzen.

Sample Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey

Use this letter for the following modes:

- **Mail Only** (first survey mailing for all sampled patients)
- **Mail-Phone** (first and only survey mailing for all sampled patients)
- **Web-Mail** (first survey mailing for sampled patients with no email address)
- **Web-Mail-Phone** (first and only survey mailing for sampled patients with no email address)

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]
[ADDRESS]
[CITY, STATE ZIP]

Sehr geehrte/r [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME],

Aus unseren Unterlagen geht hervor, dass Sie vor Kurzem ein Patient im [HOSPITAL NAME] waren und am [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. Die Umfrage wird vom US-Gesundheitsministerium (United States Department of Health and Human Services) in Auftrag gegeben und wird ungefähr [NUMBER] 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 unter Care Compare auf [Medicare.gov \(www.medicare.gov/care-compare\)](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 (OPTIONAL TO STATE gebührenfreie) Telefonnummer: [PHONE NUMBER] an (OPTIONAL TO STATE oder schicken Sie uns eine E-Mail an [EMAIL ADDRESS]).

Wir wissen Ihre Hilfe zur Verbesserung der Krankenhausversorgung sehr zu schätzen.

Mit freundlichen Grüßen

[PLACE SIGNATURE HERE]

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]
[HOSPITAL NAME]

Sample Follow-up Cover Letter for the HCAHPS Survey

Use this letter for the following modes:

- **Mail Only** (second survey mailing for sampled patients who did not complete the first mail wave survey)
 - **Web-Mail** (first survey mailing for sampled patients with email address who did not previously complete the web survey; second survey mailing for sampled patients with or without an email address who did not complete the first mail wave survey)
 - **Web-Mail-Phone** (first and only survey mailing for sampled patients with email address who did not previously complete the web survey)
-

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]
[ADDRESS]
[CITY, STATE ZIP]

Sehr geehrte/r [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME],

Aus unseren Unterlagen geht hervor, dass Sie vor Kurzem ein Patient im [NAME OF HOSPITAL] waren und am [MM/DD/YYYY] entlassen wurden. 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. Die Umfrage wird vom US-Gesundheitsministerium (United States Department of Health and Human Services) in Auftrag gegeben und das Ausfüllen der Umfrage sollte ungefähr [NUMBER] Minuten dauern.

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 unter Care Compare auf [Medicare.gov \(www.medicare.gov/care-compare\)](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 (OPTIONAL TO STATE gebührenfreie) Telefonnummer: [PHONE NUMBER] an (OPTIONAL TO STATE oder schicken Sie uns eine E-Mail an [EMAIL ADDRESS]).

Wir wissen Ihre Hilfe zur Verbesserung der Krankenhausversorgung sehr zu schätzen.

Mit freundlichen Grüßen

[PLACE SIGNATURE HERE]

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]
[HOSPITAL NAME]

Survey and Cover Letter Required Language

For the full set of requirements for the HCAHPS Survey questionnaire and cover letters, please see the HCAHPS Quality Assurance Guidelines, Mail Only, Mail-Phone, Web-Mail and Web-Mail-Phone Survey Administration chapters.

Verbatim Language on the Cover Letters

The following sentences must appear verbatim on each cover letter:

1. Die Umfrage wird vom US-Gesundheitsministerium (United States Department of Health and Human Services) in Auftrag gegeben und wird ungefähr [NUMBER] Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.
2. Ihre Teilnahme ist freiwillig und Ihre Antworten werden vertraulich behandelt.
3. 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 unter Care Compare auf [Medicare.gov](http://www.medicare.gov/care-compare) (www.medicare.gov/care-compare).
4. Wir wissen Ihre Hilfe zur Verbesserung der Krankenhausversorgung sehr zu schätzen.

Note: The [NUMBER] of minutes to answer the HCAHPS Survey questions 1-32 should equal "8." If hospital-specific supplemental items (limit of 12) are added, the [NUMBER] of minutes should be populated as follows:

- *If 1 to 5 supplemental items are added, "[NUMBER]" should equal "9"*
- *If 6 to 9 supplemental items are added, "[NUMBER]" should equal "10"*
- *If 10 to 12 supplemental items are added, "[NUMBER]" should equal "11"*

OMB Paperwork Reduction Act Language

The OMB Paperwork Reduction Act language must appear verbatim either on the front or back of the questionnaire (preferred) or cover letter, 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 (verfällt am: 30. November 2027). Die zum Ausfüllen dieser Informationserhebung benötigte Zeit wird für die Fragen 1-32 der Umfrage auf durchschnittlich 8 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), limit of 12, to indicate a transition from the HCAHPS questions (Questions 1-32) to the hospital-specific supplemental question(s).

Die Fragen 1 bis 32 dieser Umfrage kommen vom U.S.- Gesundheitsministerium (Department of Health and Human Services) und dienen der Qualitätsmessung. Alle weiteren Fragen stammen vom [NAME OF HOSPITAL] und dienen dazu, weitere Informationen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt zu erhalten. 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 last page of the questionnaire:

Die Fragen 1-32 dieser Umfrage wurden von der US-Regierung verfasst. Sie sind öffentlich zugänglich und unterliegen daher NICHT den US-amerikanischen Urheberrechtsgesetzen.