

# HCAHPS

## Web Survey (German)

### PROGRAMMING SPECIFICATIONS

#### HCAHPS Survey Questions:

- *Display only one survey item per web screen*
- *When displayed, “BACK” button appears in the lower left of each web screen*
- *When displayed, “NEXT” button appears in the lower right of each web screen*
- *No changes are permitted to the wording or order of the HCAHPS questions (Questions 1-32) or the response categories*
- *All response categories must be listed vertically. Matrix format is not permitted.*
- *All questions can be paged through without requiring a response*
- *All questions are programmed to accept only one response, with the exception of Question 32*

#### Formatting:

- *Use computer programs that are accessible in mobile and computer versions that are 508 compliant, present similarly on different browser applications, browser sizes and platforms (mobile, tablet, computer)*
- *[Square brackets] and UPPERCASE letters are used to show programming and other instructions that must not actually appear on web screens*
- *Every web screen has a shaded header*
- *Every web screen uses a dark, readable font color (black or dark blue) and type (i.e., Arial or Times New Roman)*
- *Font color and size (12-point at a minimum) must be consistent throughout the web survey*
- *No changes are permitted to the formatting or wording of the web screens*
- *Wording that is underlined must be emphasized in the same manner*
- *Only one language (i.e., English, Spanish, etc.) may appear on each web screen throughout the survey*

#### Welcome Web Screen:

- *Hospital logos may be included on the Welcome web screen; however, other images, tag lines or website links are not permitted*
- *The [NUMBER] of minutes to answer the HCAHPS 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”*
- *Display customer support phone number (optional to provide customer support email address)*

### **OMB Paperwork Reduction Act Language and Copyright Statement:**

- *The OMB Paperwork Reduction Act language must be displayed on the Welcome web screen below the survey “START” button*
  - *The OMB language font size must appear smaller than the rest of the text of the Welcome web screen, but no smaller than 10-point at a minimum*
- *The copyright statement must be displayed on the Thank You web screen below the survey “SUBMIT” button*
  - *The copyright statement font size must appear smaller than the rest of the text of the Thank You web screen, but no smaller than 10-point at a minimum*

### **Supplemental Items:**

- *A limit of 12 supplemental items may be added to the survey in accordance with the following:*
  - *A mandatory transition statement and header must follow the last HCAHPS question (Question 32)*
  - *Only one supplemental item may be displayed per web screen*
  - *Each supplemental item must display a header. It is optional to repeat the header used for the transition statement as the supplemental item header or use text that aligns with the subject of the item(s). Supplemental item headers must **not** repeat the HCAHPS question headers.*
  - *Each supplemental item must display a “BACK” button in the lower left of each web screen*
  - *Each supplemental item must display a “NEXT” button in the lower right of each web screen*
- *See the Welcome Web Screen instructions above to determine the [NUMBER] of minutes based on the count of supplemental items added*

## WILLKOMMEN BEI DER UMFRAGE ZUR KRANKENHAUSERFAHRUNG

Bitte berichten Sie uns über Ihren Krankenhausaufenthalt vor Kurzem im **[NAME OF HOSPITAL]**, endend am **[DATE OF DISCHARGE (MM/DD/YYYY)]**.

- Sie werden nur **[NUMBER]** Minuten benötigen, um die Fragen zu beantworten  
[SURVEY VENDOR/HOSPITAL TO SPECIFY NUMBER – SEE PROGRAMMING SPECIFICATIONS FOR WELCOME WEB SCREEN]
- Die Teilnahme an dieser Umfrage ist freiwillig
- Schließen Sie in Ihren Antworten keine anderen Krankenhausaufenthalte ein
- Sie können jede Frage/alle Fragen überspringen, die Sie nicht beantworten möchten
- Sie können die Umfrage zu jeder Zeit verlassen
- Ihre Antworten werden vertraulich behandelt

Falls Sie Fragen bezüglich dieser Umfrage haben, rufen Sie uns bitte an (OPTIONAL TO STATE gebührenfrei) unter **[PHONE NUMBER]** (OPTIONAL TO STATE) oder schicken Sie uns eine E-Mail an **[EMAIL ADDRESS]**). Vielen Dank.

Klicken Sie auf **START**, um mit der Umfrage zu beginnen.

**START**

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.

## IHRE BETREUUNG DURCH DIE KRANKENPFLEGEKRÄFTE

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

ZURÜCK

WEITER

## IHRE BETREUUNG DURCH DIE KRANKENPFLEGEKRÄFTE

2. Wie oft haben die Krankenpflegekräfte Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes aufmerksam zugehört?
- Nie
  - Manchmal
  - Meistens
  - Immer

ZURÜCK

WEITER

## IHRE BETREUUNG DURCH DIE KRANKENPFLEGEKRÄFTE

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

ZURÜCK

WEITER

## 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

ZURÜCK

WEITER

## IHRE BETREUUNG DURCH DIE ÄRZTE

5. Wie oft haben die Ärzte und Ärztinnen Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes aufmerksam zugehört?
- Nie
  - Manchmal
  - Meistens
  - Immer

ZURÜCK

WEITER

## IHRE BETREUUNG DURCH DIE ÄRZTE

6. Wie oft haben die Ärzte und Ärztinnen Ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes Dinge so erklärt, dass Sie sie verstehen konnten?
- Nie
  - Manchmal
  - Meistens
  - Immer

ZURÜCK

WEITER

## DIE BEDINGUNGEN IM KRANKENHAUS

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

- Nie
- Manchmal
- Meistens
- Immer

ZURÜCK

WEITER

## DIE BEDINGUNGEN IM KRANKENHAUS

8. Wie häufig haben Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes die benötigte Ruhe gefunden?

- Nie
- Manchmal
- Meistens
- Immer

ZURÜCK

WEITER

## DIE BEDINGUNGEN IM KRANKENHAUS

9. War es um Ihr Krankenzimmer nachts normalerweise ruhig?

- Nie
- Manchmal
- Meistens
- Immer

ZURÜCK

WEITER

## 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

ZURÜCK

WEITER

## IHRE BETREUUNG IN DIESEM KRANKENHAUS

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

ZURÜCK

WEITER

## IHRE BETREUUNG IN DIESEM KRANKENHAUS

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

ZURÜCK

WEITER

*[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE AT Q12 IS "NO"*

- SKIP TO Q14*
- STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q13]*

## IHRE BETREUUNG IN DIESEM KRANKENHAUS

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

- Nie
- Manchmal
- Meistens
- Immer

ZURÜCK

WEITER

## IHRE BETREUUNG IN DIESEM KRANKENHAUS

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

ZURÜCK

WEITER

## IHRE BETREUUNG IN DIESEM KRANKENHAUS

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

- Ja
- Nein

ZURÜCK

WEITER

*[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE AT Q15 IS "NO"*

*- SKIP TO Q18*

*- STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q16 AND Q17]*

## IHRE BETREUUNG IN DIESEM KRANKENHAUS

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

- Nie
- Manchmal
- Meistens
- Immer

ZURÜCK

WEITER

## IHRE BETREUUNG IN DIESEM KRANKENHAUS

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

ZURÜCK

WEITER

## IHRE BETREUUNG IN DIESEM KRANKENHAUS

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

ZURÜCK

WEITER

## 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

ZURÜCK

WEITER

## ENTLASSUNG AUS DEM KRANKENHAUS

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

ZURÜCK

WEITER

## ENTLASSUNG AUS DEM KRANKENHAUS

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

ZURÜCK

WEITER

*[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE TO Q21 IS "ANOTHER HEALTH FACILITY"*

- SKIP TO Q24*
- STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q22 AND Q23]*

## ENTLASSUNG AUS DEM KRANKENHAUS

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

ZURÜCK

WEITER

## ENTLASSUNG AUS DEM KRANKENHAUS

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

ZURÜCK

WEITER

## ALLGEMEINE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über Ihren Aufenthalt im **[HOSPITAL NAME]**, endend am **[DISCHARGE MM/DD/YYYY]**. 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

ZURÜCK

WEITER

## ALLGEMEINE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES

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

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

ZURÜCK

WEITER

## ZU IHRER PERSON

26. Handelte es sich um einen geplanten Krankenhausaufenthalt?

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

ZURÜCK

WEITER

## ZU IHRER PERSON

27. Wie würden Sie Ihre Gesundheit ganz allgemein bewerten?

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Akzeptabel
- Schlecht

ZURÜCK

WEITER

## ZU IHRER PERSON

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

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Akzeptabel
- Schlecht

ZURÜCK

WEITER

## ZU IHRER PERSON

29. Welche Sprache sprechen Sie hauptsächlich zu Hause?

- Englisch
- Spanisch
- Chinesisch
- Sonstige Sprache

ZURÜCK

WEITER

## ZU IHRER PERSON

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

ZURÜCK

WEITER

## ZU IHRER PERSON

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

ZURÜCK

WEITER

## ZU IHRER PERSON

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

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

ZURÜCK

WEITER

[Q32 MUST BE PROGRAMMED TO ALLOW MULTIPLE RESPONSES.]

[IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED (LIMIT OF 12) THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT INCLUDING THE HEADER MUST BE PLACED **ON A SEPARATE WEB SCREEN** IMMEDIATELY BEFORE THE FIRST SUPPLEMENTAL ITEM WEB SCREEN.]

## MEHR FRAGEN ÜBER IHRE ERFAHRUNGEN IN DIESEM KRANKENHAUS

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.

ZURÜCK

WEITER

## VIELEN DANK

Sie haben das Ende dieser Befragung erreicht. Wenn Sie mit der Beantwortung der Fragen fertig sind, klicken Sie bitte auf EINREICHEN am Ende der Befragung. Vielen Dank für Ihre Zeit.

ZURÜCK

EINREICHEN

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 EMAIL INVITATION**

### **PROGRAMMING SPECIFICATIONS:**

**Use this invitation for the first email to sampled patients with an email address, for the following modes:**

- **Web-Mail**
- **Web-Phone**
- **Web-Mail-Phone**

From: [SURVEY VENDOR/SELF-ADMINISTERING HOSPITAL EMAIL ADDRESS]

To: [SAMPLED PATIENT EMAIL ADDRESS]

Subject: Bitte berichten Sie uns über [HOSPITAL NAME]

---

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

Wir möchten Sie bitten, eine Befragung über [HOSPITAL NAME] auszufüllen.

Um die Umfrage auszufüllen, klicken Sie bitte hier. [PERSONALIZED LINK TO SURVEY]

Die 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).

Wenn Sie Fragen zur beiliegenden Umfrage haben, rufen Sie bitte die (OPTIONAL TO STATE gebührenfreie) Telefonnummer an: [PHONE NUMBER] (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  
[HOSPITAL ADMINISTRATOR]  
[HOSPITAL NAME]



## **SAMPLE REMINDER EMAIL INVITATION**

### **PROGRAMMING SPECIFICATIONS:**

**Use this invitation for the reminder emails to sampled patients with an email address, for the following modes:**

- **Web-Mail (second and third email invitation)**
- **Web-Phone (second and third email invitation)**
- **Web-Mail-Phone (second email invitation)**

From: [SURVEY VENDOR/SELF-ADMINISTERING HOSPITAL EMAIL ADDRESS]

To: [SAMPLED PATIENT EMAIL ADDRESS]

Subject: Bitte berichten Sie uns über [HOSPITAL NAME]

---

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

Vor einigen Tagen haben wir Ihnen eine E-Mail geschickt, in welcher wir Sie um Informationen über [HOSPITAL NAME] bitten. 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.

Um die Umfrage auszufüllen, klicken Sie bitte hier. [PERSONALIZED LINK TO SURVEY]

Die 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).

Wenn Sie Fragen zur beiliegenden Umfrage haben, rufen Sie bitte die (OPTIONAL TO STATE gebührenfreie) Telefonnummer an: [PHONE NUMBER] (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

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]



## **Web Survey and Email Invitation Required Language**

*For the full set of requirements for the HCAHPS web survey and email invitations, please see the HCAHPS Quality Assurance Guidelines, Web-Mail, Web-Phone and Web-Mail-Phone Survey Administration chapters.*

### **Verbatim Language on the Email Invitations**

*The following sentences must appear verbatim on each email invitation:*

1. *Subject line:* Bitte berichten Sie uns über **[HOSPITAL NAME]**
2. *Initial Email Invitation first sentence:* Wir möchten Sie bitten, eine Befragung über **[HOSPITAL NAME]** auszufüllen.
3. *Reminder Email Invitation first sentence:* Vor einigen Tagen haben wir Ihnen eine E-Mail geschickt, in welcher wir Sie um Informationen über **[HOSPITAL NAME]** bitten.
4. 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.
5. Ihre Teilnahme ist freiwillig und Ihre Antworten werden vertraulich behandelt.
6. 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](http://www.medicare.gov/care-compare)).
7. 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 on the Welcome web screen and appear below the survey “START” button. 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 including the header must be placed on a separate web screen immediately before the first supplemental item web screen as follows.*

*Header:*

MEHR FRAGEN ÜBER IHRE ERFAHRUNGEN IN DIESEM KRANKENHAUS

*Statement:*

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.

## **Copyright Statement**

*The following copyright statement must be displayed on the Thank You web screen and appear below the survey “SUBMIT” button:*

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

## **Unsubscribe/Opt-out Language (Optional)**

*An Unsubscribe statement is not required to be included in the email invitations. However, if an Unsubscribe statement is added, it should appear at the bottom of the email invitations as follows:*

Wenn Sie keine weiteren E-Mails mit der Bitte um Teilnahme an dieser Befragung über diesen Krankenhausaufenthalt mehr erhalten möchten, klicken Sie bitte auf Abmelden.

*If clicking the Unsubscribe link takes the patient to a new page, that page MUST include the following statement:*

Wir werden Sie dann aus dem Verteiler für künftige E-Mails zu dieser Befragung über diesen Krankenhausaufenthalt entfernen.