



## Selbstauskunft

über die Einhaltung der Richtlinien

**VOM KNEIPP-BUND E.V.  
ANERKANNTES GÄSTEHAUS**



Kneipp-Bund e.V.  
Bundesverband für  
Gesundheitsförderung und  
Prävention

Abteilung Qualitätssicherung

Adolf-Scholz-Allee 6-8  
86825 Bad Wörishofen

Telefon 08247 3002-136 oder -183

qualitaetssicherung@kneippbund.de

## 1. Allgemeines

### Daten des Gästehauses

**Gästehaus:** \_\_\_\_\_

**Inhaber/-in:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_

**Anders lautende Rechnungsanschrift:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bundesland:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Internet:** \_\_\_\_\_

**Mitglied im  
Kneipp-Verein /Ort:** \_\_\_\_\_

**Gütesiegel seit:** \_\_\_\_\_

### Allgemeines:

Anzahl Ferienwohnungen / Zimmer: \_\_\_\_\_

Für wie viele Personen? \_\_\_\_\_

Das Ferienangebot besteht ganzjährig  ja  nein

Saisonbetrieb von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## 2. Einrichtungsqualität

### Kneipp-Ausstattung:

Zimmerdusche mit Gießhandstück  ja  nein

¾-Zoll- Gießschlauch mit Thermostatventil  
oder Einhandhebelmischer  ja  nein

Kunststoffroste  ja  nein

2 Fußbadewannen  ja  nein

2 Armbadewannen  ja  nein

Sauna mit Ruheraum (empfohlen)  ja  nein

### Bemerkung:

---

---

### Außenanlagen:

Kräuterbeet bzw. -garten (empfohlen)  ja  nein

Wiese zum Taulaufen  ja  nein

Wassertret- / Armbadmöglichkeit (am Haus oder in naher Umgebung)  ja  nein

min. 3 Sportgeräte für Aktivitäten  ja  nein

### Bemerkung:

---

---

### 3. Angebotsqualität

#### Verpflegung:

Verpflegung am Hof / im Haus (vollwertig)  ja  nein

Verpflegung in Zusammenarbeit mit Gaststätten  ja  nein

#### Gesundheitsfördernde Angebote:

Vorträge / Gesprächsrunden  ja  nein

Beschreiben Sie die Angebote zu den fünf Elementen nach Kneipp:

#### **Lebensordnung / Seelisches Wohlbefinden:**

---

---

---

---

#### **Gesunde Ernährung:**

---

---

---

---

#### **Bewegung:**

---

---

---

---

#### **Heilpflanzen und Kräuter:**

---

---

---

---

**Wasser / Natürliche Reize:**

---

---

---

---

Veränderungen sind vorgenommen worden  ja  nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie welche:

---

---

---

---

#### **4. Durchführungsqualität**

Für die Rezertifizierung erbringen ausgebildete Kneipp-Fachkräfte einen Nachweis fachbezogener Fortbildungen an der Sebastian-Kneipp-Akademie (oder nach vorheriger Genehmigung durch den Kneipp-Bund e.V. bei anderen autorisierten Anbietern) von insgesamt 8 LE (Lerneinheit à 45 Min.) jährlich oder 16 LE im 2-Jahres-Rhythmus.

Name: \_\_\_\_\_

Weiterbildung: \_\_\_\_\_

Evtl. weitere: \_\_\_\_\_

Teilnahmebescheinigungen der Weiterbildungen (in Kopie) liegen bei

oder

Teilnahmebescheinigungen werden bis zum \_\_\_\_\_ nachgereicht.

## 5. Zusammenarbeit, Kooperationen

Arbeiten Sie mit externen Partnern zusammen?

ja  nein

Wenn ja, mit welchen und wie gestaltet sich die Zusammenarbeit:

---

---

---

Anmerkungen und Wünsche an den Kneipp-Bund e.V.:

---

---

---

---

---

---

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und bin mir bewusst, dass falsche Angaben zur Ablehnung des Gütesiegels führen können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

## Anhang

Fortbildungsnachweise in Kopie

**Sonstiges:**

---

---

---

---