



Selbstauskunft

über die Einhaltung der Richtlinien

**VOM KNEIPP-BUND E.V.
ANERKANNTER GESUNDHEITSHOF**



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. Allgemein

Daten des Gesundheitshofs

Name des Hofes: _____

Inhaber/-in: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Anders lautende Rechnungsanschrift:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

Bewegungsmöglichkeiten ja nein

Sauna mit Ruheraum (empfohlen) ja nein

Bemerkung:

Außenanlagen:

Kräuterbeet bzw. -garten ja nein

Wiese zum Taulaufen ja nein

Wassertret- / Armbadmöglichkeit 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:
