



Selbstauskunft

über die Einhaltung der Richtlinien

**VOM KNEIPP-BUND E.V.
ANERKANNTER KUR-/ BADEBETRIEB**



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

qualitaetsicherung@kneippbund.de

1. Allgemein

Daten des Kur-/Badebetriebs

Kurbetrieb **oder** Badebetrieb

Name des Betriebes: _____

Inhaber/-in: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Anders lautende Rechnungsanschrift:

Bundesland: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Internet: _____

**Mitglied im
Kneipp-Verein /Ort:** _____

Gütesiegel seit: _____

Allgemeines:

Das Haus ist ganzjährig geöffnet ja nein

Saisonbetrieb von _____ bis _____

Bettenanzahl (aktuell): _____

2. Einrichtungsqualität

Gießraum mit ca. 20 qm Größe ja nein

mindestens 2 Thermostatbatterien ja nein

mindestens 2 Schläuche mit mindestens 2 m Länge,
¾ Zoll oder 20 mm Durchmesser ja nein

Blitzgusseinrichtung ja nein

mindestens 2 Vollbadewannen ja nein

mindestens 2 Sitzbadewannen ja nein

mindestens 2 Fußbadewannen ja nein

mindestens 2 Armbadewannen ja nein

Gießgestelle ja nein

Badethermometer ja nein

Kurzzeitmesser ja nein

Vorrichtung zur Verabreichung von Dämpfen ja nein

Vorrichtung zur Verabreichung von Heusäcken ja nein

Bevorzugte Verwendung von phytotherapeutischen
Badezusätzen und Arzneimittel ja nein

Heusäcke verschiedener Größen oder Einmal-Heusäcke ja nein

Wickel verschiedener Größen mit Zwischentüchern,
Wolltüchern und Wolldecken ja nein

Speziell ausgestattete Räume für Bewegungstherapie ja nein

Massagekabinen ja nein

Anzahl: _____

Umkleide- und Ruhekabinen ja nein

Frühanwendungen (Waschungen, Wickel) ja nein

Sonstige therapeutische Einrichtungen:

3. Angebotsqualität

Ernährung:

Verpflegung ist überwiegend vollwertig ja nein

Vom Arzt verordnete Diäten werden gewährleistet ja nein

Bemerkungen:

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

Wir arbeiten mit folgenden Ärzten zusammen:

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

