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

Prävention

Prävention

Prävention

Prävention

Prävention

Bundesverband für

Gesundheitsförderung und

Prävention

Abteilung Qualitätssicherung

Adolf-Scholz-Allee 6-8

86825 Bad Wörishofen

Bundesverband für

Gesundheitsförderung und

Prävention

Abteilung Qualitätssicherung

Adolf-Scholz-Allee 6-8

86825 Bad Wörishofen





# Selbstauskunft

zum **Antrag** auf Verleihung des Gütesiegels

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

**ANERKANNTES GÄSTEHAUS**

# Allgemeines

## Daten des Gästehauses

**Name Gästehaus:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Inhaber/-in:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Straße:**  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**PLZ / Ort:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Anders lautende Rechnungsanschrift:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Bundesland:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Telefon:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**E-Mail:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Internet:**  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Mitglied im   
Kneipp-Verein /Ort:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Anzahl Ferienwohnungen / Zimmer:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Für wie viele Personen?** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Das Ferienangebot besteht ganzjährig**  ja  nein

Saisonbetrieb von  bis

# Einrichtungsqualität

Klassifiziert nach DTV-Richtlinien mit min. 3 Sternen oder DEHOGA  ja  nein

Möblierung bevorzugt aus Holz   ja  nein

Nichtrauchergebot im Gästebereich  ja  nein

Bereitstellung von Gesundheitsliteratur  ja  nein

Naturnaher, geschützter Liegebereich  ja  nein

Mindestens drei Sportgeräte für Innen- und Außenaktivitäten  ja  nein

**Bitte nennen Sie die Angebote:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Kneipp-Grundausstattung:

Ausstattung der Zimmerduschen mit Gießhandstücken  ja  nein

¾-Zoll- oder 20-mm-Durchmesser-Gießschlauch   
mit Thermostatventil oder Einhandhebelmischer  ja  nein

Kunststoffrost  ja  nein

2 Fußbadewannen   ja  nein

2 Armbadewannen   ja  nein

Sauna (empfohlen)   ja  nein

Möglichkeit zum Tauflaufen, Wassertreten und Armbaden  
am/im Haus oder in naher Umgebung  ja  nein

**Bemerkung**:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Angebotsqualität

## Verpflegungsmöglichkeiten:

**Bitte beschreiben Sie, welche Art der Verpflegung Sie anbieten:**

(Frühstück, Halb- oder Vollpension):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Eigene Küche und Herstellung  ja  nein

Zusammenarbeit mit Gaststätten /externen Anbietern  ja  nein

**Wenn ja, in welcher Weise?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Die Verpflegung ist überwiegend vollwertig  ja  nein

Es werden frische Nahrungsmittel aus der Region,   
wenn möglich aus dem eigenen Hausgarten, verwendet  ja  nein

## Beschreiben Sie kurz die Umsetzung der fünf Kneippschen Elemente

**Allgemeines zur Umsetzung, weitere Angebote (z.B. Vorträge, Beratung, Praxis):**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Lebensordnung / Seelisches Wohlbefinden:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Gesunde Ernährung:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Bewegung:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Heilpflanzen und Kräuter:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Wasser / Natürliche Reize:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Durchführungsqualität

Nachweis des Qualifikationslehrgangs „Kneipp-Gesundheitstrainer/-in SKA“ des Inhabers:

**Name Teilnehmender:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Ort, Datum des Kurses:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

***Bitte Teilnahmebescheinigung in Kopie beilegen.***

# Zusammenarbeit, Kooperationen, Öffentlichkeitsarbeit

Arbeiten Sie mit externen Mitarbeitern/-innen   
zusammen, z.B. Therapeuten, Übungsleitern?  ja  nein

**Wenn ja, mit wem und wie erfolgt die Zusammenarbeit?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Haben Sie Kooperationspartner   
(z.B. Fördervereine, Kneipp-Verein…)?  ja  nein

**Wenn ja, welche und in welcher Weise werden Sie von diesen unterstützt?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Anmerkungen und Wünsche

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Ort, Datum**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift und Stempel**

# Anhang

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.