



## Selbstauskunft

zum **Antrag** auf Verleihung des Gütesiegels

### 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

Name Gästehaus: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

### Anders lautende Rechnungsanschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

Für wie viele Personen? \_\_\_\_\_

Das Ferienangebot besteht ganzjährig

ja  nein

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

## 2. Einrichtungsqualität

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

ja  nein

Möblierung bevorzugt aus Holz

ja  nein

Nichtrauchergeto 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:**

---

---

---

### Kneipp-Grundausrüstung:

Ausrüstung 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 Taufaufen, Wassertreten und Armbaden am/im Haus oder in naher Umgebung

ja  nein

**Bemerkung:**

---

---

### 3. Angebotsqualität

Verpflegungsmöglichkeiten:

**Bitte beschreiben Sie, welche Art der Verpflegung Sie anbieten:**  
(Frühstück, Halb- oder Vollpension):

---

---

---

---

---

Eigene Küche und Herstellung  ja  nein

Zusammenarbeit mit Gaststätten /externen Anbietern  ja  nein

**Wenn ja, in welcher Weise?**

---

---

---

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):

---

---

---

---

---

**Lebensordnung / Seelisches Wohlbefinden:**

---

---

---

---

---

---

**Gesunde Ernährung:**

---

---

---

---

---

---

**Bewegung:**

---

---

---

---

---

---

**Heilpflanzen und Kräuter:**

---

---

---

---

---

---

**Wasser / Natürliche Reize:**

---

---

---

---

---

## 4. Durchführungsqualität

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

**Name Teilnehmender:** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum des Kurses:** \_\_\_\_\_

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

## 5. 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?**

---

---

---

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

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

---

---

---

## 6. Anmerkungen und Wünsche

---

---

---

---

---

---

---

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

