



## Selbstauskunft

zum **Antrag** auf Verleihung des Gütesiegels

**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. Allgemeines

### Daten des Gesundheitshofes

Name des Hofes: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Vollerwerbslandwirtschaft  ja  nein

Nebenerwerbslandwirtschaft  ja  nein

## 2. Einrichtungsqualität

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

Möblierung bevorzugt aus Holz  ja  nein

Nichtrauchergeto im Gästebereich  ja  nein

Bereitstellung von Gesundheitsliteratur  ja  nein

Naturnaher, geschützter Liegebereich  ja  nein

Hausgarten mit Kräuterbeet  ja  nein

Mindestens drei Sportgeräte für Innen- und Außenaktivitäten  ja  nein

Möglichkeit zum Umgang mit Haus- und Kleintieren  ja  nein

**Bitte nennen Sie die Angebote:**

---

---

---

### 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

Möglichkeiten zum Taulaufen, Wassertreten oder Armbaden  
in Hofnähe. (auch naturnahe Anlagen wie Bachlauf, Hofbrunnen)  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“ (min. 1 Person)

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

