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.**

**ANERKANNTER KUR-/ BADEBETRIEB**

# Allgemeines

Antrag auf Zertifizierung eines [ ]  Kurbetriebes **oder** [ ]  Badebetriebes

(Der Kneipp- Badebetrieb unterscheidet sich nur darin zum Kurbetrieb, dass er nicht in einem Kneipp-Kurort angesiedelt ist.)

## Daten des Kur- oder Badebetriebs

**Name des Betriebes:** 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.

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

Das Haus ist ganzjährig geöffnet [ ]  ja [ ]  nein

Saisonbetrieb von  bis

**Anerkennung der
Gesundheitsbehörde**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Konzession erteilt am:

Werden auch ambulante Behandlungen durchgeführt? [ ]  ja [ ]  nein

## Verpflegung:

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

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Wird Diätkost angeboten? [ ]  ja [ ]  nein

Ist die Ernährung vorwiegend vollwertig? [ ]  ja [ ]  nein

Werden vorwiegend frische, regionale Lebensmittel verwendet? [ ]  ja [ ]  nein

Vom Arzt verordnete Diäten werden gewährleistet [ ]  ja [ ]  nein

**Bemerkungen:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Einrichtungsqualität

Welche Räumlichkeiten stehen für Kneipp-Anwendungen und sonstige physikalische Therapien zur Verfügung?

**Bitte nennen Sie die Art der Räume und die Größe (in qm).**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Kneipp-Grundausstattung:

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 und Geräte:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Angebotsqualität

Bieten Sie kurbegleitende Maßnahmen im Haus an? [ ]  ja [ ]  nein

Bietet die Kurverwaltung o.ä. Kooperationspartner
kurbegleitende Maßnahmen an? [ ]  ja [ ]  nein

Besteht freie Arztwahl? [ ]  ja [ ]  nein

**Bemerkungen:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Durchführungsqualität

mindestens 1 Kneippscher Therapeut:

speziell ausgebildete Bademeister/-innen oder

Masseure, Physiotherapeuten, Heilpraktiker und Krankenpfleger mit Zusatzausbildung in Kneippscher Hydrotherapie

## Ausgebildete/r Bademeister/-in:

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

**Kneipp-Bademeister-
ausbildung bei/in:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

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

## Staatl. anerkannte Masseure/-innen, Physiotherapeuten/-innen u.ä.

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

**Ausbildung bei/in/**

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

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

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

## Ärztliche Leitung

Die ärztliche Betreuung ist durch einen Kneipp-Arzt, einen Badearzt oder einen Arzt für Naturheilverfahren gesichert.

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

Kneipp-Arzt [ ]  ja [ ]  nein

Anerkannt als Badearzt [ ]  ja [ ]  nein

Zusatzausbildung Naturheilverfahren [ ]  ja [ ]  nein

# Zusammenarbeit, Kooperationen

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.

**Wir arbeiten mit folgenden Ärzten zusammen:**

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.