



## Selbstauskunft

zum **Antrag** auf Verleihung des Gütesiegels

**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

qualitaetssicherung@kneippbund.de

## 1. 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: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

### Davon anders lautende Rechnungsanschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**Bettenanzahl:** \_\_\_\_\_

Das Haus ist ganzjährig geöffnet  ja  nein

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

**Anerkennung der Gesundheitsbehörde:** \_\_\_\_\_

Konzession erteilt am: \_\_\_\_\_

Werden auch ambulante Behandlungen durchgeführt?  ja  nein

### Verpflegung:

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

---

---

---

---

---

---

---

---

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:

---

---

---

## 2. 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)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Kneipp-Grundausstattung:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Gießraum mit ca. 20 qm Größe  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| mindestens 2 Thermostatbatterien  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| mindestens 2 Schläuche mit mindestens 2 m Länge,<br>¾ Zoll oder 20 mm Durchmesser | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blitzgusseinrichtung  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| mindestens 2 Vollbadewannen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| mindestens 2 Sitzbadewannen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| mindestens 2 Fußbadewannen  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| mindestens 2 Armbadewannen  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gießgestelle  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Badethermometer   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kurzzeitmesser  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Vorrichtung zur Verabreichung von Dämpfen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Vorrichtung zur Verabreichung von Heusäcken                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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:**

---

---

---

---

### 3. 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:**

---

---

---

## 4. 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: \_\_\_\_\_

Kneipp-Bademeister-  
ausbildung bei/in: \_\_\_\_\_

Prüfung am: \_\_\_\_\_

Evtl. weitere: \_\_\_\_\_

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

Name: \_\_\_\_\_

Ausbildung bei/in/  
Abschluss als: \_\_\_\_\_

Staatsexamen am: \_\_\_\_\_

Evtl. weitere: \_\_\_\_\_

### Ärztliche Leitung

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

Name: \_\_\_\_\_

Kneipp-Arzt  ja  nein

Anerkannt als Badearzt  ja  nein

Zusatzausbildung Naturheilverfahren  ja  nein

## 5. Zusammenarbeit, Kooperationen

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

ja  nein

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

---

---

---

---

Wir arbeiten mit folgenden Ärzten zusammen:

---

---

---

---

## 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

# Anhang

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---