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.**

**ANERKANNTE SENIORENEINRICHTUNG**

# Allgemeines

## Daten der Einrichtung

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

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

**Ansprechpartner/-in für   
das Kneipp-Konzept**: 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.

**Davon 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.

**Täger der Einrichtung  
(mit Anschrift)**  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

Größe und Struktur:

**Anzahl der Betten:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Beschreiben Sie Ihre Einrichtung:**

(Größe, Lage, Anzahl der Bewohner/-innen, Zimmer, Anzahl der Mitarbeiter/-innen, Struktur, sonstige Einrichtungen wie Kiosk, Café usw.):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Bitte beschreiben Sie die Verpflegungsmöglichkeiten in Ihrer Einrichtung**

(frische Lebensmittel, eigene Küche usw.):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Einrichtungsqualität

**Beschreiben Sie kurz die Ausstattung der Zimmer:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Mehrfunktionsräume wie Fitnessraum, Taststrecken,   
Bewegungsparcours  ja  nein

**Beschreibung:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Attraktive Freiflächen mit sinnvoll angelegten Bewegungsräumen ja  nein

Kräutergarten/-beet  ja  nein

## Kneipp-Grundausstattung:

¾-Zoll- Gießschlauch mit Thermostatventil   
oder Einhandhebelmischer  ja  nein

Kunststoffroste  ja  nein

2 Fußbadewannen   ja  nein

2 Armbadewannen   ja  nein

Ausstattung für Wickel und Waschungen  ja  nein

Möglichkeiten zum Taulaufen und Wassertreten   
in der Einrichtung oder in naher Umgebung  ja  nein

Sauna  ja  nein

Bewegungsmöglichkeiten  ja  nein

# Angebotsqualität

## Beschreiben Sie kurz die Umsetzung der fünf kneippschen Elemente im Alltag:

**Allgemeines zur Umsetzung:**

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.

## Konzept und Umsetzung

Ist der Ansatz der Gesundheitsförderung nach Kneipp   
bereits in die Konzeption der Einrichtung verankert?  ja  nein

**Wenn ja, wie ließ sich das Kneipp-Konzept integrieren?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Was sind Ihre Ziele bezüglich Gesundheitsförderung im Hinblick auf die Entwicklung Ihrer Bewohner/-innen?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Wie haben Sie das Konzept der ganzheitlichen Gesundheitsförderung nach Kneipp eingeführt?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Wie wurden/werden Inhalte der Fortbildungen im Team weitergegeben und in welchem Zeitrahmen?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Wurden Schwerpunkte gesetzt oder haben Sie Verantwortungsbereiche geschaffen?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Wie werden neue Kollegen/-innen in das Thema eingearbeitet?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Wie dokumentieren Sie qualitätsgesichert Ihre Arbeit? Bitte Beispiele beilegen.**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**In welcher Weise überprüfen Sie das Konzept auf Aktualität, Fortschritte, Rückschläge, Stagnation (Reflexion) und wie schreiben Sie es fort?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Durchführungsqualität

Nachweis der Ausbildungen von mindestens (je nach Bewohneranzahl)

1 Kneipp-Gesundheitstrainer/-in in der Pflege + 2 Kneipp-Mentoren/-innen in der Pflege

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

**Titel des Lehrgangs:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

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

**Titel des Lehrgangs:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

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

**Titel des Lehrgangs:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

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

**Titel des Lehrgangs:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

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

**Ggf. weitere Mitarbeiter/-innen mit Kneipp-Qualifikation oder anderen Qualifikationen** (z.B. Physiotherapeuten/-innen, medizinischeBademeister/-innen, Ergotherapeuten/-innen):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

*Bitte Teilnahmebescheinigungen in Kopie beilegen!*

# Zusammenarbeit, Kooperationen, Öffentlichkeitsarbeit

**Wie dokumentieren Sie Ihre Arbeit nach außen (Öffentlichkeitsarbeit)?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Inwiefern werden die Bewohner/-innen in die Mitgestaltung des Kneipp-Konzepts einbezogen?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**An welchen Maßnahmen/Aktionen sind Angehörige der Bewohner/-innen beteiligt?**

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.