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

Fax 08247 3002-199

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 EINRICHTUNG**

# Allgemeines

## Daten der Einrichtung / des Betriebes

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

**Betriebsart**: 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.

**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.

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

**Bettenanzahl:**  keine Betten

**Beschreibung der  
Betriebsart:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

## Verpflegungsmöglichkeiten:

**Bitte beschreiben Sie, welche Art der Verpflegung Sie anbieten**:

(Frühstück, Halb- oder Vollpension):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Eigene Küche und Herstellung  ja  nein

Zusammenarbeit mit Gaststätten /externen Anbietern  ja  nein

**Wenn ja, in welcher Weise?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Die Verpflegung ist überwiegend vollwertig  ja  nein

Es werden frische Nahrungsmittel aus der Region,   
wenn möglich aus dem eigenen Garten, verwendet  ja  nein

Obst, Kräutertee und Wasser als (z.B. Seminarverpflegung)  ja  nein

Seminarverpflegung  ja  nein

# Einrichtungsqualität

Klassifiziert nach branchenüblichen Standards, z.B. DTV-Richtlinien  ja  nein

**Wenn ja, nach welchen?** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Möblierung bevorzugt aus Holz   ja  nein

Nichtrauchergebot im Gästebereich  ja  nein

Aufenthaltsräume  ja  nein

Seminarräume  ja  nein

Bereitstellung von Gesundheitsliteratur  ja  nein

Naturnahe Außenanlage  ja  nein

Kräutergarten / Kräuterbeet  ja  nein

Bewegungsmöglichkeiten im Innen- und Außenbereich  ja  nein

Mindestens drei Sportangebot,   
z.B. Tischtennis, Fahrradverleih, Nordic-Walking-Stöcke  ja  nein

**Bitte nennen Sie die Angebote:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Kneipp-Grundausstattung:

¾-Zoll- oder 20-mm-Durchmesser-Gießschlauch   
mit Thermostatventil oder Einhandhebelmischer  ja  nein

Kunststoffroste  ja  nein

2 Fußbadewannen   ja  nein

2 Armbadewannen   ja  nein

Thermometer  ja  nein

Platz zum Ruhen  ja  nein

Sauna (empfohlen)  ja  nein

Möglichkeit zum Tauflaufen und Wassertreten   
im Haus oder in naher Umgebung  ja  nein

**Bemerkung**:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Angebotsqualität

## Beschreiben Sie kurz die Umsetzung der fünf Kneippschen Elemente:

**Allgemeines zur Umsetzung, weitere Angebote (z.B. Vorträge):**

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.

# Durchführungsqualität

mindestens 1 Kneipp-Gesundheitstrainer

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

**Name des Teilnehmenden**: 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.

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

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

# 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?**

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.