



## Selbstauskunft

zum **Antrag** auf Verleihung des Gütesiegels

**VOM KNEIPP-BUND E.V.  
ANERKANNTE EINRICHTUNG**



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

## 1. Allgemeines

Daten der Einrichtung / des Betriebes

Name der Einrichtung/  
des Betriebes:

---

Betriebsart:

---

Inhaber/-in:

---

Straße:

---

PLZ / Ort:

---

Davon anders lautende Rechnungsanschrift:

---

---

---

Bundesland:

---

Telefon:

---

E-Mail:

---

Internet:

---

Mitglied im  
Kneipp-Verein /Ort:

---

Bettenanzahl:

---

keine Betten

**Beschreibung der Betriebsart:**

---

---

---

**Zielgruppe**

---

---

---

---

**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 Garten, verwendet

ja  nein

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

ja  nein

Seminarverpflegung

ja  nein

## 2. Einrichtungsqualität

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

Wenn ja, nach welchen? \_\_\_\_\_

Möblierung bevorzugt aus Holz  ja  nein

Nichtrauchergeto 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:**

---

---

---

### Kneipp-Grundausrüstung:

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:**

---

---

### 3. Angebotsqualität

Beschreiben Sie kurz die Umsetzung der fünf Kneippschen Elemente:

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

---

---

---

---

**Lebensordnung / Seelisches Wohlbefinden:**

---

---

---

---

**Gesunde Ernährung:**

---

---

---

---

**Bewegung:**

---

---

---

---

**Heilpflanzen und Kräuter:**

---

---

---

---

**Wasser / Natürliche Reize:**

---

---

---

---

**4. Durchführungsqualität**

mindestens 1 Kneipp-Gesundheitstrainer

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

**Name des Teilnehmenden:** \_\_\_\_\_

**Titel des Lehrgangs:** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

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

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

## 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

