



## Selbstauskunft

zum **Antrag** auf Verleihung des Gütesiegels

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



Kneipp-Bund e.V.  
Bundesverband für  
Gesundheitsförderung und  
Prävention

Abteilung Zertifizierungswesen

Adolf-Scholz-Allee 6  
86825 Bad Wörishofen

Telefon 08247 3002-136 oder -183

zertifizierungswesen@kneippbund.de

## 1. Allgemeines

### Daten der Einrichtung

**Name der Einrichtung:** \_\_\_\_\_

**Leitung:** \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner/-in für  
das Kneipp-Konzept:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

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

**Davon anders lautende Rechnungsanschrift:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Täger der Einrichtung  
(mit Anschrift)** \_\_\_\_\_

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

## Größe und Struktur:

**Anzahl der Betten:** \_\_\_\_\_

**Beschreiben Sie Ihre Einrichtung:**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

(frische Lebensmittel, eigene Küche usw.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2. Einrichtungsqualität

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Mehrfunktionsräume wie Fitnessraum, Taststrecken,  
Bewegungsparcours

ja  nein

**Beschreibung:**

---

---

---

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

### 3. Angebotsqualität

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

**Allgemeines zur Umsetzung:**

---

---

---

---

---

---

---

**Lebensordnung / Seelisches Wohlbefinden:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Gesunde Ernährung:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Bewegung:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Heilpflanzen und Kräuter:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wasser / Natürliche Reize:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**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?**

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

## 4. Durchführungsqualität

Nachweis der Ausbildungen von mindestens (je nach Bewohneranzahl)

1 Kneipp-Gesundheitstrainer/-in *in der Pflege* + 3 Kneipp-Mentoren/-innen in der Pflege

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ggf. Weitere: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

*Bitte Teilnahmebescheinigungen in Kopie beilegen!*



## 5. Zusammenarbeit, Kooperationen, Öffentlichkeitsarbeit

Wie dokumentieren Sie Ihre Arbeit nach außen (Öffentlichkeitsarbeit)?

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

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

