



Selbstauskunft - EuropeSpa med

Bitte senden an:

Dr. Kurt von Storch
Stolberger Str. 15
D-65205 Wiesbaden
info@drvonstorch.de
Fax: 0049 – 6122 – 5333 997

1 Allgemeine Angaben

1.1 Name, Anschrift, Kontaktdaten

Genauere Bezeichnung der Einrichtung: _____

Adresse: _____

Telefon / Fax: _____

E-Mail : _____

Ansprechpartner

Geschäftsführer: _____

Technischer Leiter: _____

Ärztliche Verantwortung: _____

Leitung Qualitätssicherung: _____

Leitung Personal: _____

Ansprechpartner EuropeSpa-Audit _____

Anzahl der Mitarbeiter (fest angestellt) _____

Anzahl der Mitarbeiter (saisonal, ungefähr) _____

Es liegt eine behördliche Genehmigung zum Betrieb der Einrichtung vor



- Ein Qualitätsmanagementsystem gem. ISO 9001 wird angewandt

1.2 Art der Einrichtung

- Kurhotel
- Wellness-Hotel (medizinische Wellness)
- Sanatorium
- Klinik
- Kurheim
- Kurmitteleinrichtung

- Sonstiges: _____

Bei größeren Organisationen:

- Namen der Gastehäuser / Hotels
 1. _____
 2. _____
 3. _____

- Namen der Kliniken, die zur Einrichtung gehören:
 1. _____
 2. _____
 3. _____

1.3 Artbezeichnung des Kurortes / der Einrichtung *(falls bei Einrichtungen außerhalb Deutschlands nicht bekannt: eigene Einschätzung)*

- Mineralheilbad
- Thermalheilbad
- Moorheilbad
- Heilquellenkurbetrieb (einzelne Kureinrichtung mit eigenem Prädikat)
- Heilstollenkurbetrieb (einzelne Kureinrichtung mit eigenem Prädikat)
- Peloid-Kurbetrieb (einzelne Kureinrichtung mit eigenem Prädikat)





- Seeheilbad / Seebad
- Kneippheilbad bzw. -kurort
- Heilklimatischer Kurort
- Sonstiges: _____

Verfügt der Kurort über ein Gutachten der Luftqualität? Ja Nein

1.4 Heilanzeigen:

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 8. _____ |
| 2. _____ | 9. _____ |
| 3. _____ | 10. _____ |
| 4. _____ | 11. _____ |
| 5. _____ | 12. _____ |
| 6. _____ | 13. _____ |
| 7. _____ | 14. _____ |

1.5 Natürliche ortsgebundene Heilmittel

- Thermalwasser, natürliche Temperatur (°C): _____
- Sole
- Moor
- Naturfango
- Sonstige Peloide (Flussschlick, mariner Schlick, Lehm, Ton etc.)
- Heilgas (reines Kohlenstoffdioxid, Radon, Schwefelwasserstoff)
- Meerwasser
- Klima (Meer)
- Klima (Spelão)
- Klima
- Eisenhaltiges Heilwasser (Gehalt an zweiwertigem Eisen): _____
- Iodhaltiges Heilwasser (Gehalt an Iod): _____
- Schwefelhaltiges Heilwasser (Gehalt an Sulfidschwefel): _____





- Radonhaltiges Heilwasser (Radonaktivität): _____
- Kohlensäurehaltiges Heilwasser (Säuerling, CO₂-Gehalt): _____
- Fluoridhaltiges Heilwasser (Gehalt an Fluorid) _____

- Sonstige: _____

1.6 Natürliche ortsungebundene Heilmittel, über Lieferanten bezogen:

- Moor, Fango, sonstige Peloide
- Heilgas (z.B. CO₂)
- Sole
- Sonstiges: _____

1.7 Werden Heilmittel dem Kurgast in verpackter Form zum Kauf angeboten? (z.B. abgefülltes Heilwasser, Peloide). Wenn ja: Welche Heilmittel?

1. _____
2. _____

1.8 Nutzt die Einrichtung eigene Brunnen, Quellen oder Peloidvorkommen für die Heilmittelversorgung?

- Ja, Anzahl der Brunnen: _____ Nein

1.9 Externe Dienstleister

Gibt es Bereiche, die von externen Dienstleistern innerhalb der Einrichtung betrieben werden (z.B. ein Restaurant)?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

1. _____ 3 _____
2. _____ 4. _____

1.10 Struktur der Einrichtung

Welche der folgenden Bereiche sind in der Einrichtung vorhanden?

- Kurmittelhaus





- Anwendungsbereich (Bäder, Massagen etc.)
- Fitnessbereich (Trainings- und Gymnastikräume)
- Unterkünfte
- Kliniken
- Gastronomie
- Küchen, Anzahl: _____
- Wasseraufbereitung
- Peloidküche
- Eigener Peloidabbau
- Eigenes Recycling von Peloiden
- Eigene Kläranlage
- Sonstiges: _____

2. Angaben zu Personal, Infrastruktur und Angebot

2.1 Personal (ggf. in Kooperation)

- Badeärzte, Anzahl: _____
- davon Fachärzte, Anzahl: _____
- Physiotherapeuten, Anzahl: _____
- Ergotherapeut, Anzahl: _____
- Masseur(in), Anzahl: _____
- medizinischer Bademeister, Anzahl : _____
- Sozialarbeiter, Anzahl: _____
- Diplomportlehrer bzw. Gymnastiklehrer, Anzahl: _____
- leitende Krankenschwester bzw. -pfleger
- Diplompsychologe(in), ggf. in Kooperation / psychologisch geschulte Mitarbeiter anderer Sozialberufe oder der Seelsorge, Anzahl: _____
- Diätassistent(in), Anzahl: _____
- Orthopädietechniker (ggf. in Kooperation)
- Beauftragter der Qualitätssicherung, Name: _____
- Datenschutzbeauftragter, Name: _____
- Hygienebeauftragter, Name: _____
- Beauftragter Arbeitsschutz, Name: _____
- Brandschutzbeauftragter, Name: _____
- Chefkoch, Name: _____





2.2 Therapien (Auszug)

- Aerosoltherapie (z.B. Gradierwerke, Meeresbrandung)
- Belastungserprobung
- Elektrotherapie
- Ergometertraining
- Ergotherapie
- Ernährungs- und Diätberatung
- Gehübungsstrecke mit unterschiedlicher Belastungserprobung und Übungen und auf schräger Ebene
- Hydrotherapie
- Inhalationen
- Klimatherapie
- Kneipp´sche Anwendungen
- Kryotherapie
- Lymphdrainage, manuell
- Manuelle Therapie z.B. der Extremitäten und der Wirbelsäule wird angeboten
- Massagen
- Moortherapie
- Psychotherapie
- Solephototherapie
- Speläotherapie
- Sport- / Bewegungstherapie
- Sporttherapie (Kraftraum)
- Terrain-Kurwege
- Thalassotherapie
- Therapien mit Parafango
- Trinkkuren
- Wannenbäder
- Wassergymnastik
- Sonstiges: _____

2.3 Infrastruktur

- Indikationsspezifischer Funktionsraum/-bereich (z.B. Wundversorgung, Punktionen, Probeexcisionen, Injektionen, mykologische Diagnostik, gynäkologische Untersuchungen, Proktoskopien)
- Eigenes klinisches Labor, mind. Notfalllabor (auch in Kooperation, Ergebnisse müssen in max. 30 Min. vorliegen)
- Röntgen / Durchleuchtung möglich (auch in Kooperation, wenn in max. 15 Min. erreichbar)
- Sonographie möglich
- Dopplersonographie möglich
- Langzeitblutdruckmessung
- Spirometrie vorhanden (auch in Kooperation, wenn in max. 15 Min. erreichbar)
- Sport- und Gymnastikhalle (-raum) vorhanden
- Vortragsraum vorhanden
- Schlingentisch
- Therapiesitze und –liegen
- Medizinische Trainingstherapie in entsprechend dafür ausgestattetem Raum
- Ergo- und Beschäftigungstherapie in entsprechend geeignetem Raum
(Ausstattungsmerkmale: z.B. Trainingsgeräte für „Training on the job“, motorisch funktioneller Raum mit funktionellem Übungsmaterial, Werk statt bzw. Werkraum mit Werkbank und Werkmaterialien, Vorrichtungen und Therapiematerialien zur sensorischen Integration und kognitiven Rehabilitation)
- Lehrküche vorhanden
- Bewegungsbecken
- Schwimmbad (Anzahl der Schwimmbecken?) _____
- Sauna (Sauna-Arten? Warmluftsauna, Dampfbad etc.) _____
- Bistro, Café
- Sonstiges: _____

2.4 Schulungsprogramme:

- Ernährung mit praktischen Übungen
- Rauchentwöhnung



- Umgang mit Alltagsstress
- Schmerzbewältigung
- Bewegung und Gesundheit
- „Herz- und Kreislauf
- Rückenschule
- Diabetikerschulung
- Selbstversorgung im Alltagsleben
- Patienten- Gesprächsseminar für spezielle Gruppen (Diabetiker, Hypertoniker, Allergiker, Asthmatiker etc.)
- Sonstiges: _____



3. Analytikprogramm

3.1 Heilwasser – Trinkanwendungen

3.1.1 regelmäßige Untersuchungen (je Trinkstelle) - etwa monatlich

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Koloniezahl bei 20 °C / 37 °C | <input type="checkbox"/> elektrische Leitfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Coliforme Keime | <input type="checkbox"/> Ammonium |
| <input type="checkbox"/> Escherichia Coli | <input type="checkbox"/> Nitrit |
| <input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa | <input type="checkbox"/> Nitrat |
| <input type="checkbox"/> Legionella species | <input type="checkbox"/> Mangan |
| <input type="checkbox"/> pH-Wert | <input type="checkbox"/> Eisen ges. |

Sonstige Parameter: _____

3.2 Wannenküder – etwa monatlich

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Koloniezahl bei 20 °C / 37 °C | <input type="checkbox"/> pH-Wert |
| <input type="checkbox"/> Coliforme Keime | <input type="checkbox"/> elektr. Leitfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Escherichia Coli | <input type="checkbox"/> Ammonium |
| <input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa | <input type="checkbox"/> Nitrit |
| <input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus | <input type="checkbox"/> Nitrat |
| <input type="checkbox"/> Legionella species | <input type="checkbox"/> Mangan |
| <input type="checkbox"/> Farbe, Geruch, qualit. | <input type="checkbox"/> Eisen ges. |
| <input type="checkbox"/> Trübung, qualit. | |

Sonstige Parameter: _____

3.3 Badewasser (Badebecken, Whirlpools)

3.3.1 Etwa monatliche Untersuchungen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Koloniezahl bei 20 °C / 37 °C | <input type="checkbox"/> pH-Wert |
| <input type="checkbox"/> Coliforme Keime | <input type="checkbox"/> elektr. Leitfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Escherichia Coli | <input type="checkbox"/> Ammonium |
| <input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa | <input type="checkbox"/> Nitrit |
| <input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus | <input type="checkbox"/> Nitrat |
| <input type="checkbox"/> Legionella species | <input type="checkbox"/> Mangan |
| <input type="checkbox"/> Farbe, Geruch, qualit. | <input type="checkbox"/> Eisen ges. |
| <input type="checkbox"/> Trübung, qualit. | |

Sonstige Parameter: _____



3.3.2 Untersuchungen etwa alle 3 – 4 Monate

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oxidierbarkeit mit KMnO_4 | <input type="checkbox"/> Harnstoff |
| <input type="checkbox"/> Aluminium | <input type="checkbox"/> Trihalogenmethane |
| <input type="checkbox"/> Hydrogenphosphat (HPO_4) | <input type="checkbox"/> Legionella species |

Sonstige Parameter: _____

3.4 Heilwasser zur Inhalation – etwa monatlich

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Koloniezahl bei 20 °C / 37 °C | <input type="checkbox"/> pH-Wert |
| <input type="checkbox"/> Coliforme Keime | <input type="checkbox"/> elektr. Leitfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Escherichia Coli | <input type="checkbox"/> Ammonium |
| <input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa | <input type="checkbox"/> Nitrit <input type="checkbox"/> Nitrat |
| <input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus | <input type="checkbox"/> Mangan |
| <input type="checkbox"/> Legionella species | <input type="checkbox"/> Eisen (ges) |

Sonstige Parameter: _____

3.5 Peloid (Moor, Fango etc.) – z.B. jedes Jahr

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Koloniezahl bei 20 °C / 37 °C | <input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus |
| <input type="checkbox"/> Coliforme Keime | <input type="checkbox"/> Candida albicans |
| <input type="checkbox"/> Escherichia Coli | <input type="checkbox"/> pH-Wert |
| <input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa | <input type="checkbox"/> Wassergehalt |

Sonstige Parameter: _____

3.6 Sonstige Untersuchungen

- Heilwasser / Meerwasser an der Entnahmestelle Kontrollanalysen zur Feststellung der chemischen Konstanz und Abwesenheit von Schadstoffen (z.B. alle 2 Jahre)
- umfassende Heilwasser- / Meerwasseranalyse an der Entnahmestelle (ca. alle 5 – 10 Jahre)

Sonstige Legionellenuntersuchungen (in welchem Zeitraum?): _____

- Duschen
- Wasserhähne
- Klima-Anlagen
- Dampfbäder
- Sonstige Bereiche: _____