



Liste MAKS-Therapie[®]-Einheiten

Reg. Nr.

MAKS-E-

Jahr, Monat

Listen-Nummer

Nr.	Datum Therapie-Einheit	Uhrzeit (von - bis)	Anzahl Teilnehmer	Unterschrift Therapeut / Therapeutin
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Für die Richtigkeit der Angaben:

 Ort, Datum

 Unterschrift Einrichtungsleitung