

# MAKS®-Einrichtungen

## Bestätigungsschreiben Einrichtungsleitung

Name Einrichtung \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Name Leitung \_\_\_\_\_

Hiermit wird bestätigt:

- Dass sämtliche gemachten Angaben (z. B. im Datenblatt) nach bestem Wissen und Gewissen vorgenommen wurden.
- Dass der Zielgruppe der MAKS-Therapie® der Zugang zu den MAKS-Therapie®-Einheiten ermöglicht wird. Zielgruppe sind Menschen mit leichter bis mittlerer kognitiver Beeinträchtigung. Die Einstufung kann mittels MCI-Score (beispielsweise MMSE) erfolgen. Eine Zugangsbeschränkung kann im Einzelfall erfolgen, sofern dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- Dass alle für die MAKS-Therapie® notwendigen räumlichen und materiellen Voraussetzungen zur Verfügung gestellt werden. Dies umfasst mindestens:
  - Abgetrennter Raum (kein Durchgangsverkehr)
  - Digitales Handbuch
  - Laptop
  - Beamer / TV
  - Therapiematerial

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leitung