

MAKS®-Einrichtungen

Bestätigungsschreiben Einrichtungsleitung bzw. Gruppenleitung

Name Einrichtung/Räumlichkeiten _____

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 mittelschwerer Demenz. Auch Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung profitieren nachweislich von MAKS®. Die Einstufung kann z. B. mittels einfacher Testung (beispielsweise mit 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:
 - Geeignete Räumlichkeiten ohne Störung des Ablaufs
 - Digitales Handbuch
 - Laptop
 - Beamer / TV
 - Therapiematerial
 - Anforderungskonforme Durchführung der MAKS-Therapie®-Einheiten

Ort, Datum

Unterschrift Leitung