Bewegungsprotokoll

KLINIKUM VEST

Name, Vorname: _____

Datum	**Bewegungsart** z.B. Walking, Schwimmen, etc.	**Dauer der Bewegungseinheit** Minimum 30 Minuten

Soweit vorhanden, bitte Nachweise beifügen.

Hinweis: Jede Bewegungseinheit muss EINZELN aufgelistet werden!