Bewegungsprotokoll

KLINIKUM VEST

Name, Vorname: _____

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

Soweit vorhanden, bitte Nachweise beifügen.

Hinweis: Jede Bewegungseinheit täglich dokumentieren