

Praxis/Stempel

Datum ▶

Patientenname ▶

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Ihre ambulante Vorstellung in der

**Parkinsonklinik Beelitz-Heilstätten**  
**Straße nach Fichtenwalde 16**  
**14547 Beelitz-Heilstätten**

ist an folgendem Termin vorgesehen:

Termin ambulante Vorstellung ▶

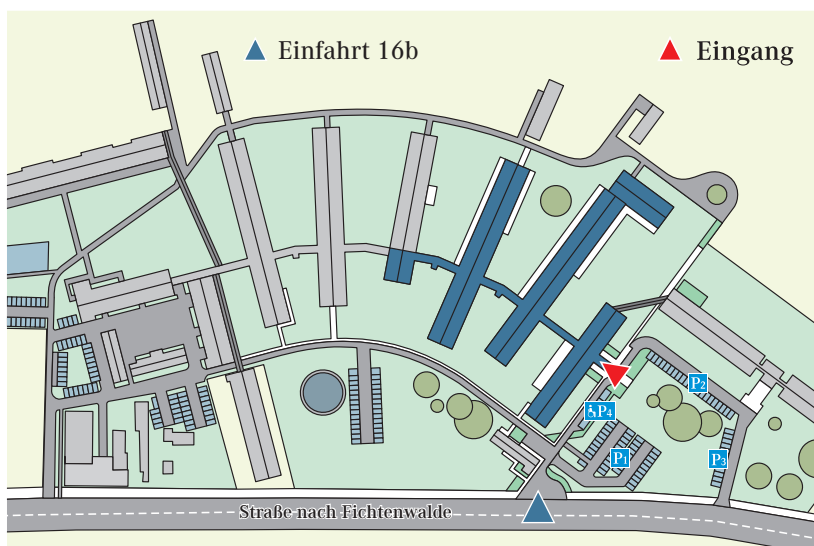
(Wochentag, Datum, Uhrzeit)

**Für die ambulante Behandlung benötigen Sie die aktuelle Überweisung vom Neurologen.**

**Bitte bringen Sie zur Vorstellung zudem folgendes mit:**

- Versicherungskarte
- vorhandene Befunde von ambulanten Untersuchungen (z. B. CT des Kopfes, SPECT)
- Arztberichte/Krankenhausberichte
- wenn vorhanden: Betreuerausweis

**Vielleicht ist es für Sie hilfreich, wenn Sie sich besondere Hinweise und Fragen vorab notieren.**



**Sollten Sie diesen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, die Klinik zu informieren unter:**

**Telefon:** 033204/22781  
( Montag bis Freitag, 7.30 - 16.00 Uhr)

Weitere Informationen bzw. Hinweise unter:  
[www.parkinson-beelitz.de](http://www.parkinson-beelitz.de)

**Für die Kontaktaufnahme  
nutzen Sie bitte:**

**Telefon:** 033204/22781  
**E-Mail:** [libuda@kliniken-beelitz.de](mailto:libuda@kliniken-beelitz.de)