

Praxis/Stempel ▶

Datum ▶

Patientenname ▶

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre ambulante Vorstellung in der

**Klinik für Bewegungsstörungen/Parkinson**

**Straße nach Fichtenwalde 16**

**14547 Beelitz-Heilstätten**

ist an folgendem Termin vorgesehen:

Termin ambulante Vorstellung ▶

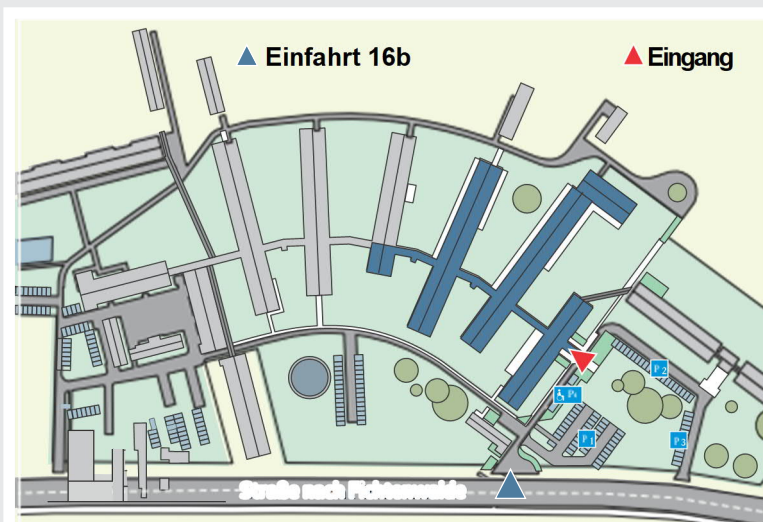
(Wochentag, Datum, Uhrzeit)

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

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

- ↔ Versicherungskarte
- ↔ vorhandene Befunde von ambulanten Untersuchungen (z. B. CT/MRT Kopf, SPECT)
- ↔ Arztberichte/Krankenhausberichte in Kopie
- ↔ 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

**Fax:** 033204/22782

**E-Mail:** [info@parkinsonzentrum.de](mailto:info@parkinsonzentrum.de)

Nutzen Sie bitte die Einfahrt B, Str. nach Fichtenwalde 16