Landesdolmetscherzentrale

Tel.: 0355 7295890 Tel.: 0331 8871307 Tel.: 030 44310830
Fax: 0355 22779 Fax: 0331 8871319 Fax: 030 44310831

Mail: ldz@dolmetscherzentrale.com

Zusatz zum Auftrags- und Abrechnungsbogen für Gebärdensprachdolmetscher und andere geeignete Kommunikationshilfen bei Einsätzen aus medizinischen Gründen - stationäre Behandlung

Name des Dolmetschers: _____

Einsatzort: _____

Einsatzzweck: **Gebärdensprachdolmetscher/Kommunikationshilfe**

Einsatzdatum: **Einsatzzeit:**

Begründung zur Notwendigkeit

Für die stationäre Krankenhausbehandlung, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sowie Aufenthalte in stationären Pflegeeinrichtungen besteht die Notwendigkeit einer gesonderten Beauftragung seitens der Einrichtung. Mit der Unterschrift bestätigt der behandelnde Arzt / Mitarbeiter der stationären Einrichtung die Notwendigkeit des Einsatzes und das die Beauftragung des Einsatzes über die stationäre Einrichtung erfolgte.

Datum Unterschrift/Stempel/Arzt oder Mitarbeiter der stationären Einrichtung

Bemerkungen: