

DAK
22778 Hamburg



Antrag auf Inanspruchnahme eines Gebärdensprachdolmetschers (Einzeleinsatz)

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

KVNR

Wegen

meiner Hörbehinderung

der Hörbehinderung meines Ehegatten _____

der Hörbehinderung meines Kindes _____

Sonstiges (*kurze Beschreibung*) _____

werden ein / zwei *) Gebärdensprachdolmetscher für voraussichtlich (je) _____ Stunden benötigt.

**) Nichtzutreffendes bitten streichen*

Grund:

Beabsichtigt ist die Inanspruchnahme von Herrn / Frau

Name, Anschrift

Vorwahl / Rufnummer



Datum • Unterschrift des Versicherten