

Gebärdensprachdolmetscher*in oder andere Kommunikationshilfe bestellen

Bitte sorgfältig ausfüllen! **Rote Felder* sind Pflichtangaben.**

Kontaktdaten

Anrede/Name*

Anrede

Vorname

Familienname

E-Mail-Adresse*

Unternehmen/Einrichtung

Adresse*

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

Telefon/Handy

Vorwahl

Telefonnummer

FAX

Vorwahl

Telefonnummer

Informationen zum Termin

Termin Datum*

Tag

Monat

Jahr

Termin beginnt *

(Uhrzeit)

Stunde

Minuten

Uhr

Termin endet *

(vorauss. Uhrzeit)

Stunde

Minuten

Uhr

Name der Einrichtung, Arzt/Ärztin, Unternehmen*

Wo findet der Termin statt?*

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

Thema des Gesprächs

Ansprechpartner*in

Welche Art von Übersetzung benötigen Sie?*

- Dolmetschen Deutsche Gebärdensprache (DGS)
- Dolmetschen Lautsprache Begleitendes Gebärden (LBG)
- Lormen
- Taktile Gebärden
- Schriftdolmetschen
- andere: _____

Ich bevorzuge Frau/Herrn ... als Übersetzer*in

Ihre Nachricht an uns

- Ich stimme den [Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Landesdolmetscherzentrale](#) zu.*
- Ich stimme der Verwendung meiner Daten entsprechend der [Datenschutzbestimmungen der LDZ](#) zu.*