



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 (z.B. bei Heilmittelserien)

Name des Dolmetschers:

Einsatzort:

Einsatzzweck: **Gebärdensprachdolmetscher/Kommunikationshilfe**

Einsatzdatum: **Einsatzzeit:**

Begründung zur Notwendigkeit

Bei laufend zu erbringenden Leistungen (z.B. Heilmittelserien) kann sich die Notwendigkeit für den Einsatz eines Gebärdensprachdolmetschers deshalb auf bestimmte Behandlungsphasen (Behandlungsbeginn, Änderung oder Beendigung der Behandlung) beschränken. Ist hiernach der Bedarf für einen Gebärdensprachdolmetschereinsatz nicht eindeutig bestimmbar, ist bei der Entscheidung hierüber die Einschätzung des Hörbehinderten zu Grunde zu legen. *(Auszug aus einer Rahmenvereinbarung der AOK, IKK und einer BKK aus dem Bereich Nord vom 1.11.2006)*

Datum Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Notwendigkeit für diesen Einsatz
KlientIn

Bemerkungen: