

Gebärdensprachdolmetscher-Einsatzbestätigung

Gebärdensprachdolmetscher/-in: _____

Einsatzort: _____

Zweck: _____

Datum: _____

Einsatzzeit: _____

davon Dolmetschzeit: von _____ bis _____ Uhr

davon Wartezeit/Pause: von _____ bis _____ Uhr

Grund: _____

davon Fahrtzeit zum Einsatzort: von _____ bis _____ Uhr

davon Fahrtzeit vom Einsatzort: von _____ bis _____ Uhr

Unterschrift des Gebärdensprachdolmetschers

Daten des/der Versicherten:

Krankenkasse: _____

Name des/der Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Unterschrift des/der Versicherten

Bestätigung des Vertragsarztes bzw. Behandlers:

Es wird hiermit bestätigt, dass der/die Dolmetscher/-in seinen/ihren Auftrag erfüllt hat. Der Gebärdensprachdolmetschereinsatz war im Zusammenhang mit einer Leistung der Kranken-/Pflegekasse notwendig.

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes/Behandlers