

## **Einsatzbestätigung für Gebärdensprachdolmetschende – Anlage 3**

Gebärdensprachdolmetschende/r: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen (IK): \_\_\_\_\_

### **Daten zum Dolmetscheinsatz:**

Einsatzort: \_\_\_\_\_

Anlass / Zweck: \_\_\_\_\_

Einsatzdatum: \_\_\_\_\_

Dolmetschzeit: von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

Wartezeit / Pause: von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

**Grund:** \_\_\_\_\_

Fahrtzeit zum Einsatzort: von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

Fahrtzeit vom Einsatzort: von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr\*

\* Die Unterzeichnenden sind damit einverstanden, dass die Fahrtzeit vom Einsatzort erst nach der Unterzeichnung eingetragen werden kann.

### **Daten des/der behandelten Versicherten (i. S. d. § 8 Abs. 3 der Vereinbarung):**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name des/der Versicherten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Gebärdensprachdolmetschende/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten \*<sup>2</sup>

#### **Bestätigung Einsatzstelle:**

Es wird hiermit bestätigt, dass der/die Gebärdensprachdolmetschende den Auftrag erfüllt hat.  
Der Gebärdensprachdolmetscheinsatz war im Zusammenhang mit einer Leistung der  
Kranken-/Pflegekasse notwendig.

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

\*<sup>2</sup> Ist die oder der Versicherte aufgrund von in ihrer oder seiner Person liegenden Gründen nicht selbst in der Lage, den Empfang der Leistung mit einer eigenhändigen Unterschrift zu bestätigen, kann die Bestätigung durch eine gesetzliche Vertreterin oder einen gesetzlichen Vertreter oder durch eine bevollmächtigte Betreuungsperson mit Unterschrift erfolgen.