

Dolmetschbestätigung

Name des Dolmetschers:

Sprache: **Gebärdensprache**

Dolmetschdatum: _____

Patientenetikett

Stempel der bestätigenden Stelle
oder Kostenstellenetikett

- µ Diätberatung
- µ Gespräch mit Eltern /
Angehörigen
- µ OP-Einwilligung
- µ Patientenaufklärung
- µ Patientengespräch
- µ Therapie-Gespräch
- µ _____

Dolmetscher:

- µ wurde bestellt
- µ kam mit Patienten

Zeitversäumnis

Fahrtzeit:(max.€ 25,00) von.....bis.....(Euro 12,50/halbe Std.)

vonbis(Euro 12,50/halbe Std.)

Zeitversäumnis

Wartezeit: von..... bis.....(Euro 12,50/halbe Std.)

Reine Dolmetschzeit: von.....bis.....(Euro 29,50/halbe Std.)

Unterschrift des Auftraggebers für die
Belastung der Kostenstelle, Honorierung des Dolmetschers sowie Richtigkeit der Angaben