

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.€ 28,80) von.....bis.....(Euro 14,40/halbe Std.)

vonbis(Euro 14,40/halbe Std.)

Zeitversäumnis

Wartezeit: von..... bis.....(Euro 14,40/halbe Std.)

Reine Dolmetschzeit: von.....bis.....(Euro 34,00/halbe Std.)

Auftraggeber in Blockbuchstaben:.....

Auftraggeber Klappe:.....

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