

Dok. Nr.	Bereich	Dok. Typ.	Dokumententitel
<b>4039</b>	<b>LKI_KD</b>	<b>FO</b>	<b>Dolmetschbestätigung</b>

← Patientenetikette hier ▲ positionieren!

Name	Geschlecht
Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	
PLZ / Ort	
Allg. Geb.-Kl. <input type="checkbox"/>	Sonder Geb.-Kl. <input type="checkbox"/>
Selbstzahler <input type="checkbox"/>	
Klin. Hinweis bzw. Diagnose	

Stempel der bestätigten Stelle oder Kostenstellenetikett

**Name Dolmetscher:in:**

\_\_\_\_\_

**Dolmetschdatum:** \_\_\_\_\_

**Sprache:**

- Schriftdolmetschen
- Gebärdensprachdolmetschen

- Diätberatung
- Gespräch mit Eltern / Angehörigen
- Aufklärungsgespräch
- Therapie-Gespräch
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Dolmetscher:in:**

- wurde bestellt
- kam mit Patient:in

**Fahrtzeit:** (max. € 32,20) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Euro 16,10/halbe Std.)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Euro 16,10/halbe Std.)

**Wartezeit:** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Euro 16,10/halbe Std.)

**Reine Dolmetschzeit:** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Euro 37,90/halbe Std.)

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und die Belastung der Kostenstelle zur Honorierung der Dolmetscherin / des Dolmetschers.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auftraggeber:in