

Name und Adresse der Praxis /des Krankenhauses

An  
(Bitte den zuständigen Leistungsträger  
(LAF oder bezirkliches Sozialamt)  
eintragen)

Angaben der Praxis/des Krankenhauses  
Bearbeiter/in

Tel.nr.

Geschäftszeichen:  
(falls vorhanden)

**Rückwirkende Beantragung der Kostenübernahme für die Sprachmittlung im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung**

**Angaben zum Patienten/zur Patientin**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

eGK-Nr. oder Nr. des vorläufigen  
Anspruchsnachweises:

Herkunftsland:

Bitte begründen Sie, warum die Beantragung einer Kostenübernahme für die Sprachmittlung nicht im Vorfeld der Behandlung erfolgen konnte.

- Notfallbehandlung/psychiatrische Krisenintervention
- Behandlung konnte nicht länger aufgeschoben werden
- Andere Begründung - bitte angeben:

**Angaben zur medizinischen Behandlung**

ambulant

stationär

**Einstufung des voraussichtlichen Schwierigkeitsgrades der Dolmetschleistung**

vergleichbar einer Anamnese

vergleichbar hausärztlicher Versorgung

vergleichbar OP-Vorbereitung

psychotherapeutische  
Behandlung/Psychotherapie

**Angaben zum Umfang der erbrachten Sprachmittlung**

Sprachmittlung für eine einmalige  
Behandlung

Sprachmittlung für eine  
Behandlungsserie

Datum:

Eine Auflistung der Einzeltermine der  
Behandlung ist dem Antrag beigelegt

Uhrzeit: Von            Uhr bis            Uhr

Als Dolmetscher/Dolmetscherin bzw. Sprachmittler/Sprachmittlerin habe ich hinzugezogen:

Name, Vorname:

Anschrift:

Kopie Referenz o.ä. (eines Auftraggebers oder bestehender Honorarvertrag als Sprachmittler/in) liegt bei

Vermittlung über den Gemeindedolmetschdienst

Weitere (Bitte erläutern – zum Beispiel Videodolmetschen)

Hiermit bestätige ich, dass die o.g. Leistungen zur Sprachmittlung in der geschilderten Weise erbracht worden sind.

Ich versichere, dass alle Möglichkeiten der unentgeltlichen Sprachmittlung durch anderes medizinisches Personal ausgeschöpft sind und die Inanspruchnahme der Leitung eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin bzw. eines Sprachmittlers/einer Sprachmittlerin für die Behandlung unabdingbar war.

Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin /des Krankenhauses