

Name und Adresse der Praxis/des Krankenhauses

An

Angaben der Arztpraxis/des Krankenhauses

Bearbeiter/in:

Tel.Nr.:

Geschäftszeichen:

(falls vorhanden)

Bitte den zuständigen Leistungsträger (LAF oder bezirkliches Sozialamt) eintragen

Datum:

Antrag auf 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

Angaben zur medizinischen Behandlung

ambulant

stationär

Einmalige Behandlung

Behandlungsserie

Geplante Anzahl der Behandlungstermine:

Voraussichtliche Dauer pro Sitzung :

Kurze Darstellung des voraussichtlichen Schwierigkeitsgrades der zu erbringenden Dolmetschleistung.

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

Unterschrift des behandelnden Arztes/Therapeuten bzw. der behandelnden Ärztin/Therapeutin