

Name und Adresse der Praxis/des Krankenhauses

An

Angaben der Praxis/des Krankenhauses

Bearbeiter/in:

Tel.Nr.:

Geschäftszeichen: (falls vorhanden)

Bitte den zuständigen Leistungsträger (LAF oder bezirkliches Sozialamt) eintragen

Bestätigung der erbrachten Sprachmittlung

Für die Sprachmittlung zur Behandlung des Patienten/der Patientin

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

eGK-Nr. oder Nr. des vorläufigen
Anspruchsnachweises:

Herkunftsland:

habe ich als Dolmetscher/Dolmetscherin bzw. Sprachmittler/Sprachmittlerin 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)

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

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 Leistungen eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin bzw. eines Sprachmittlers/einer Sprachmittlerin für die Behandlung unabdingbar war.

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