

## Dolmetschbestätigung

Name des Dolmetschers: .....

Sprache: **Gebärdensprache**

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

Stempel der bestätigenden Stelle  
oder Kostenstellenetikett

Patientenetikett

- 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.€ 24,80) von.....bis.....(Euro 12,40/halbe Std.)

von .....bis .....(Euro 12,40/halbe Std.)

**Zeitversäumnis**

**Wartezeit:** von..... bis.....(Euro 12,40/halbe Std.)

**Reine Dolmetschzeit:** von.....bis.....(Euro 29,20/halbe Std.)

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