



**Medizin Dolmetscherbestellung**

**für Deutsche Gebärdensprache (DGS)**

**für Lautsprachbegleitende Gebärden (LBG)**

**Fax:** 0431-688852

**E-Mail:** dolmetschen@gv-sh.de

**Wer:**

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Kontaktpartner: \_\_\_\_\_

**Kontaktdaten:**

Fax/Tel/SMS: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Tel./SMS: \_\_\_\_\_

**Wann:**

**Bitte vereinbaren Sie einen Termin für mich**

Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag  egal

**Wunschtermin:**  vormittags  nachmittags  egal

Ich habe einen Termin:

Wochentag: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Uhr

**Wofür:**

**Arzt:**  Hausarzt  Zahnarzt  Hals-Nasen-Ohren-Arzt  Augenarzt  Orthopädie  Frauenarzt

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Krankenhaus:** \_\_\_\_\_

**Wo:**

Einsatzort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Treffpunkt/Station/Raum: \_\_\_\_\_

Dolmetscher:  weiblich  männlich  egal

**Krankenkasse/Rechnungsempfänger:**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

**Bestätigung** (wird von der Dolmetscher-Landeszentrale ausgefüllt und zurückgeschickt):

Herr / Frau \_\_\_\_\_ wird für Sie dolmetschen.

Wir konnten leider für diesen Termin keine/n Dolmetscher/in finden.

Dürfen wir einen neuen Termin für Sie vereinbaren?

Kiel, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_