

## Dolmetschbestätigung

Name des Dolmetschers: .....

Sprache: **Gebärdensprache**

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

Patientenetikett

Stempel der bestätigenden Stelle  
oder Kostenstellenetikett

- 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. € 28,80) von.....bis.....(Euro 14,40/halbe Std.)

von .....bis .....(Euro 14,40/halbe Std.)

**Zeitversäumnis**

**Wartezeit:** von..... bis.....(Euro 14,40/halbe Std.)

**Reine Dolmetschzeit:** von.....bis.....(Euro 34,00/halbe Std.)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Auftraggebers für die

Belastung der Kostenstelle, Honorierung des Dolmetschers sowie Richtigkeit der Angaben