



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: _____