



# Landesdolmetscherzentrale Brandenburg

Telefon: 0355 7295890  
Telefon: 0331 8871307

Fax: 0355 22779  
Fax: 0331 8871319



## Auftrags- und Abrechnungsbogen für Gebärdensprachdolmetscher bei notwendigen Einsätzen aus medizinischen und kommunikativen Gründen

Gebärdensprachdolmetscher/in: \_\_\_\_\_

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

Einsatzzweck: **Gebärdensprachdolmetscher/Kommunikationshilfe**

Einsatzdatum: \_\_\_\_\_ Einsatzzeit: \_\_\_\_\_

### tatsächliche Einsatzzeit:

Fahrtzeit (hin): von(Zeit) \_\_\_\_\_ bis(Zeit) \_\_\_\_\_

Fahrt (hin): von(Ort) \_\_\_\_\_ bis(Ort) \_\_\_\_\_

Dolmetsch- u.  
Wartezeit: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Fahrtzeit (zurück): von(Zeit) \_\_\_\_\_ bis(Zeit) \_\_\_\_\_

Fahrt (zurück): von(Ort) \_\_\_\_\_ bis(Ort) \_\_\_\_\_

**Gesamtzeit:** \_\_\_\_\_ **Gesamtkilometer:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Gebärdensprachdolmetschers:

### Kostenträger:

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Kostenträgers:

\_\_\_\_\_  
Name des Klienten / Hörschädigten SMS/Fax

**Abtretungserklärung:** Hiermit übertrage ich die Rechte, alle erforderlichen  
Abrechnungsmodalitäten an die Dolmetscherzentrale.

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer Unterschrift des Versicherten

### **Bestätigung:**

Es wird bestätigt, dass der/die Gebärdensprachdolmetscher/in den Auftrag erfüllt hat und  
der Einsatz aus medizinischen / kommunikativen Gründen zwingend erforderlich war.

\_\_\_\_\_  
**Stempel / Unterschrift des Arztes oder der Behörde**