



Dolmetscherbestellung medizinischer Bereich

Fax: 0351 21861399

**Angaben gehörloser Kunde**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

**Angaben zum Termin**

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name und Anschrift Arzt / Praxis / Klinik: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hinweise zum Einsatz: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bestätigung** (wird von Sindy Hoinkis ausgefüllt)

Für den gewünschten Termin stehe ich, Sindy Hoinkis, als Gebärdensprachdolmetscherin

- zur Verfügung
- nicht zur Verfügung
- auf Wunsch erfrage ich einen Ersatztermin bei der Praxis

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift