

**Anfrage an Dolmetscher/Dolmetscherin für einen Termin im
MEDIZINISCHEN BEREICH**

Einsatzdatum: _____

Uhrzeit von: _____ bis: _____

**Name des Arztes,
der Klinik:** _____

Straße / Nr: _____

PLZ / Ort: _____

Hörgeschädigte bzw. gehörlose Person

Name: _____ Vorname: _____

Handynummer: _____ Fax: _____

Email: _____

Krankenkasse: _____

Bemerkung: