**Ist kein fremdsprachenkundiges Personal im AKH verfügbar** (siehe Liste im Intranet unter „Service und Soziales“) können externe Personen für Übersetzungsleistungen angefordert werden, sofern die medizinische Notwendigkeit dies erfordert. (Dolmetschleistungen werden von der Kostenstelle der Klinik beglichen.)

!

*Von der anfordernden Ärztin/dem anfordernden Arzt auszufüllen:*

**Mit diesem Bestellformular bestätigt die anfordernde Ärztin/der anfordernde Arzt die**

**medizinische Notwendigkeit für Übersetzungsleistungen.**

Fremdsprachenkundige/r Mitarbeiter\*in vom AKH verfügbar? nein □ ja □

Patient\*in/Patient (NAME, Vorname): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pat.Etikette

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

Aufnahmezahl/Fallnummer/Pat.Etikette (wenn vorhanden): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sprache für die Übersetzungsleistung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einsatzort im AKH (Station, Ambulanz – Ebene): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Auftraggebende Ärzt\*in/auftraggebender Arzt

(BLOCKBUCHSTABEN) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Für Rückfragen und zur Bestellbestätigung (Tel, Pager): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einsatzzeit (Datum, etwaige Uhrzeit oder Zeitraum): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oder schnellstmöglich □

**Zu faxen an die Zentrale Aufnahme: 0 40495 16311**

**Für telefonische Rückfragen und zusätzliche Informationen DW 14080,**

**in Vertretung ab 14.00 Uhr und an Sa./So./Feiertagen: DW 15020, 15030, 15040 (Zentrale Aufnahme)**

*Von der Zentralen Aufnahme auszufüllen/auszuführen:*

FAMILIENNAME, Vorname Dolmetscher\*in/Dolmetscher: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Von Dolmetscher\*in bestätigte Einsatzzeit (Datum, Uhrzeit):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erreichbarkeit (Tel, Fax): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mitarbeiter\*in Zentrale Aufnahme (Unterschrift, Namensstempel, Datum) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Das Formular nach Bestellung des Dolmetschdienstes an Klinik/Klinische Abteilung faxen.
Bei starken Abweichungen zu der von der Klinik/Klinischen Abteilung gewünschten Einsatzzeit (mehr als 2 Std.) ist eine zusätzliche telefonische Bestellbestätigung oder Informationsweitergabe zu erteilen!**