

Absender:

Name, Straße, Wohnort

Anschrift der Krankenkasse

_____, den _____

Antrag auf Kostenübernahme für Gebärdensprachdolmetscher

Krankenkassen-Mitglieds-Nr.: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe am _____ einen Termin in der Praxis _____
_____.

Da ich **gehörlos** bin, benötige ich für die Kommunikation zwischen mir und dem Arzt einen Gebärdensprachdolmetscher.

Auf der Grundlage des § 17 SGB I * mache ich meinen Rechtsanspruch geltend und beantrage hiermit die Übernahme der anfallenden Kosten für das Dolmetschen innerhalb dieser Sprechstunde.

Mit freundlichen Grüßen

*

*SGB I, § 17, Abs. 2

(2) Hörbehinderte Menschen haben das Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, Gebärdensprache zu verwenden. Die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger sind verpflichtet, die durch die Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen.