LANDKREIS
KARLSRUHE
Kreisintegrationsstelle

Vereinbarung zum Sprachmittlungseinsatz im Gesundheitswesen

Ich, Herr/Frau _____sichere zu:

- den Arzttermin **pünktlich** wahrzunehmen

- Wenn ich nicht kommen kann den Arzttermin frühzeitig über die Soziale Beratung oder das Integrationsmanagement abzusagen

Name/Anschrift Arzt:

Termin: _____

☐ Sprachmittler/-in angefragt
☐ Sprachmittlungseinsatz bestätigt

👍☺ 10 Minuten vor Termin: Treffpunkt mit Sprachmittler/-in vor der Türe ☺👍

_____
Ort, Datum

_____ _____
Unterschrift Klient/-in Unterschrift
Soziale Beratung/Integrationsmanagement