

# Auftrag für interkulturelles Dolmetschen HEKS Linguadukt Aargau/Solothurn

GESUNDHEIT

per E-Mail / Webseite online linguadukt-agso@heks.ch, <http://linguadukt-agso.heks.ch>  
per Fax 062 836 30 29  
per Post HEKS Linguadukt AG/SO, Augustin-Keller-Strasse 1, Postfach, 5001 Aarau  
per Telefon 062 836 30 15  
Telefonzentrale offen Montag bis Freitag 9.00–12.00, 13.30–16.30 Uhr

## AuftraggeberIn / RechnungsempfängerIn

Institution \_\_\_\_\_  
 Spitalexterner Bereich  Spitalinterner Bereich  Psychiatrie / Psychotherapie  
 Rehabilitation / Therapie  Gutachten  Andere \_\_\_\_\_  
Vorname, Name \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Fax/Mob. \_\_\_\_\_

## Dolmetscheinsatz (inkl. Vor- und Nachgespräch)

Tag / Datum \_\_\_\_\_ von / bis \_\_\_\_\_  
Ausweichtermin \_\_\_\_\_ von / bis \_\_\_\_\_  
Treffpunkt \_\_\_\_\_  
Name, Tel. Nr. der Gesprächsleitung \_\_\_\_\_

## Angaben zum Gespräch

PatientIn ist:  männlich  weiblich  
Nr. Vers. / Pat. \_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Jahrgang \_\_\_\_\_  
Sprache, Herkunftsland (ev. Religion) \_\_\_\_\_  
Weitere Gesprächsteilnehmende \_\_\_\_\_  
Bemerkungen/Thema/Inhalt \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Name AuftraggeberIn \_\_\_\_\_  
Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen AGB

## Auftragsbestätigung von HEKS Linguadukt AG/SO

Name der dolmetschenden Person \_\_\_\_\_  
Termin \_\_\_\_\_ von / bis \_\_\_\_\_  
Bemerkungen \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Sachbearbeitung HEKS Linguadukt \_\_\_\_\_