



SOCIAL-MEDICINSK
TOLKESERVICE A/S

Bygmestervej 2
2400 København NV
Tlf.: 70 20 90 12
Fax: 70 20 91 21

REGION
SJÆLLAND



- vi er til for dig

Tolkebilag

UDFYLDES AF TOLK

Tolkebureauets ydernummer: 815152	
Udføres tolks navn:	CPR-nr.:
Klientens navn:	CPR-nr.:
Adresse:	Postnr. og by:
Klientens navn:	CPR-nr.:
Adresse:	Postnr. og by:
Klientens navn:	CPR-nr.:
Adresse:	Postnr. og by:

UDFYLDES AF TOLK

Tolkning i forbindelse med:	Ambulant besøg	Førstegangstolkning under ét indlæggelsesforløb	Senere tolkning under ét indlæggelsesforløb
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ydelsens omfang og type (angiv antal 1/2 timer):	Konsultation	Telefonkonsultation	Webcamtolkning
Planlagt tolkning 08-17 hverdage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planlagt tolkning 17-08 hverdage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akuttolkning 08-17 hverdage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akuttolkning 17-08 hverdage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akuttolkning lør/søn/helligdage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten udeblevet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tolken udeblevet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tolkning aflyst indenfor 12 timer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Dato for leveringen af ydelsen/udeblivelse:
			Ydelsen start kl.:
			Ydelsen slut kl.:
			Samlet tidsforbrug:
			Sprog:

UDFYLDES AF LÆGE

Evaluering af tolkeforløbet: Kommunikation mellem tolk og patient: god <input type="checkbox"/> mindre god <input type="checkbox"/> Kommunikation mellem rekvirent og tolk: god <input type="checkbox"/> mindre god <input type="checkbox"/> Vil du anvende tolken igen: ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> Kom tolken til tiden: ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	Evaluering foretaget af:
--	--------------------------

Lægens ydernummer:	Tolkebureauets underskrift og stempel (godkender bestilt/leveret ydelse):		
Lægens underskrift og stempel:			
Dato:	Ydelsen start kl.:	Ydelsen slut kl.:	Tolkens underskrift