



Auftrag für einen Schriftdolmetschereinsatz

Auftraggeber/-in:

Verein /Selbsthilfegruppe: _____

Ansprechpartner: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie noch um folgende Angaben:

Datum des Termins:	Anzahl der Hörgeschädigten Mitglieder /Teilm
Uhrzeit (Beginn/Ende der Veranstaltung):	Wie viele SD werden benötigt?
Ort der Veranstaltung: (mit Raumangabe)	Namen des/der SD Ihrer Wahl:
	gewünschte Übersetzung <input type="checkbox"/> wortwörtlich <input type="checkbox"/> zusammengefasst (inhaltlich vollständig)
Art der Veranstaltung: <input type="checkbox"/> Mitgliederversammlung <input type="checkbox"/> Vorstandssitzung <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe /Gesprächskreis <input type="checkbox"/> Workshop/Seminar <input type="checkbox"/> Vortrag <input type="checkbox"/> Diskussion <input type="checkbox"/> Forum <input type="checkbox"/> Podiumsdiskussion <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	Wünschen Sie eine Mitschrift? <input type="checkbox"/> Mitschrift <input type="checkbox"/> Protokoll <input type="checkbox"/> analytisches Protokoll <input type="checkbox"/> sonstige Form: _____ <input type="checkbox"/> per e-mail <input type="checkbox"/> auf Papier ausgedruckt <input type="checkbox"/> auf CD <input type="checkbox"/> sonstiger Datenträger: _____

<p>Grad der Hörschädigung der Teiln/Mitglieder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leichtgradig schwerhörig <input type="checkbox"/> mittelgradig schwerhörig <input type="checkbox"/> hochgradig schwerhörig <input type="checkbox"/> gehörlos <input type="checkbox"/> ertaubt 	<p>Welche Kommunikationsformen nutzen Sie Während ihrer Veranstaltung ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> DGS <input type="checkbox"/> LBG <input type="checkbox"/> Lormen <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<p>Welche technischen Hilfsmittel nutzen Sie noch?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> FM –Anlage <input type="checkbox"/> Ringschleife <input type="checkbox"/> Konferenzanlage <input type="checkbox"/> Infrarot- Anlage <input type="checkbox"/> Individuelle FM – Anlagen /Systeme 	<p>Welche technischen Hörsysteme nutzen Sie Ihre Mitglieder/Teiln. ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> Hörbrille <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Hirnstammimplantat <input type="checkbox"/> BAHA <input type="checkbox"/> Tica- Hörsystem

Datum/ Unterschrift