

# Antrag auf Kostenübernahme für Schriftdolmetscheinsätze

Antrag nach § 17 Abs. 2 SGB I, § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB X und § 9 Abs. 1 BGG  
(Kommunikationshilfe für Hörbeeinträchtigte)

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name des/der Versicherten: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Wegen meiner Hörbehinderung ist die **regelmäßige** Inanspruchnahme eines Schriftdolmetschers erforderlich. Hiermit beantrage ich die Inanspruchnahme eines Schriftdolmetschers als Kommunikationshilfe für Leistungen der Krankenkasse, ohne vorher jeweils Kontakt mit dieser aufzunehmen zu müssen.

Gleiches soll auch gelten, wenn ich im Zusammenhang mit dem Versicherungsverhältnis persönlich bei Ihnen vorspreche. Ich werde den für mich in Betracht kommenden, dem Einsatzort nächstgelegenen und verfügbaren Schriftdolmetscher in Anspruch nehmen.

Art und Schwere der Hörbehinderung:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mittelgradig schwerhörig         | <input type="checkbox"/> Gehörlos         |
| <input type="checkbox"/> Hochgradig schwerhörig           | <input type="checkbox"/> Taubblind        |
| <input type="checkbox"/> Vollständig ertaubt              | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> An Taubheit grenzend schwerhörig |   |

Eine Kopie des Nachweises über den Grad meiner Behinderung liegt bei. Um Zusendung einer Bestätigung und Kostenübernahme künftiger Schriftdolmetscheinsätze wird gebeten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten