



**Regning for TOLKEBISTAND  
ved lægehjælp efter Sundhedsloven**

Oplysninger om tolken/tolkebureauet:		(Udfyldes af tolken)	
Navn _____		Ydernr.	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Adresse _____		Anden tolkeuddannelse _____	
Postnr. _____	By _____	Statsautoriseret translator _____	
Telefonnr. _____		Statsprøvet tolk _____	
		_____ Dato	_____ Tolken's underskrift
Oplysninger om sikrede:			
Navn _____		Sprog _____	
Personnummer _____	Adresse _____	Postnummer/By _____	
Navn _____		Sprog _____	
Personnummer _____	Adresse _____	Postnummer/By _____	
YDELSE:		(Udfyldes af tolken)	
Dato _____ Fra kl. _____ Til kl. _____			
		Antal	á kr.
Tolkning _____			Beløb i alt
Transporttidsberegning over 20 km _____	Antal påbegyndt ½ time: _____		
Antal kørte km. i egen bil (fratrullet 20 km.) _____			
Evt. andre rejseudgifter iflg. vedhæftede dokumentation _____			
<b>I alt kr. uden moms</b>			
Moms (kun momsregistrerede tolke) _____			
<b>I alt kr.</b>			
Attestation fra rekvirerende læge:		(Udfyldes af lægen)	
Dato for tolkning _____ Fra kl. _____ Til kl. _____			
Sæt kryds			
Telefontolkning <input type="checkbox"/>	Konsultation <input type="checkbox"/>		
		_____ Dato	_____ Lægens stempel og underskrift