



## **An das Klinische Ethikkomitee**

Fax 06051/87-2691

### **Anforderung einer ethischen Beratung**

**Antragsteller** (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Mitarbeiter: Berufsgruppe \_\_\_\_\_

Standort/ Abteilung / Station/ \_\_\_\_\_

Patient     Betreuer/Bevollmächtigter     Angehöriger

Sonstige \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Patientenname** (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Standort/ Abteilung / Station \_\_\_\_\_

Diagnosen \_\_\_\_\_

Worin sehen Sie das ethische Problem? Wie lautet Ihre Fragestellung?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Dringend (innerhalb 24 Stunden)

Erbitte Rückruf bis zum \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_