

# Anforderung einer Beratung durch das klinische Ethikkomitee

Name des Patienten/der Patientin

---

Name, Vorname des Antragstellers/der Antragstellerin

---

Bitte ankreuzen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/Mitarbeiterin | <input type="checkbox"/> Angehöriger/<br>Angehörige                                   |
| <input type="checkbox"/> Patient/Patientin         | <input type="checkbox"/> Betreuer/Betreuerin/<br>Bevollmächtigter/<br>Bevollmächtigte |

Abteilung/Station/Telefon/E-Mail/Anschrift:

---

Neben den regelmäßigen Sitzungen des klinischen Ethikkomitees, kann in dringenden Fällen eine akute ethische Fallbesprechung gewünscht werden.

- Es besteht der Wunsch einer akuten ethischen Fallbesprechung (sehr zeitnahe Bearbeitung)
- Die ethische Problematik kann in der nächsten regulären Sitzung behandelt werden (Beachte: mehrwöchige Abstände)

Ethische Fragestellung (ggf. Beiblatt):

---

Datum und Unterschrift