

Klinisches Ethikkomitee

Anforderung einer Ethischen Beratung

Antragsteller*in (Name, Vorname): _____

Mitarbeiter*in: Patient*in: Angehörige*r: Betreuer*in:

Klinik: _____

Station: _____

Telefonnummer bzw. e-mail Adresse für Rückfragen:

Ethische Fragestellung:

Worin sehen Sie das ethische Problem?

Medizinischer Sachverhalt:

Datum: _____

Unterschrift: _____