

Anforderung einer Ethischen Fallberatung



Antragsteller (Name, Vorname)

Mitarbeiter Funktion: _____ Klinik / Station: _____

Patient/in

Betreuer / Bevollmächtigter

Angehöriger

Sonstige Person

Telefonnummer für Rückmeldung: _____

Patientenname (Name, Vorname)
Geburtsdatum
Klinik / Station
Anlass des Krankenhausaufenthaltes

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

Dringlichkeit binnen 24 Stunden

binnen 48 Stunden

innerhalb 1 Woche

innerhalb d. stationären Aufenthaltes

Ihre Anfrage wird an Werktagen binnen 24 Stunden bearbeitet.