

**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: \_\_\_\_\_