



An das

Klinische Ethikkomitee
des Städt. Krankenhauses Pirmasens

Anforderung einer Beratung durch das Klinische Ethikkomitee

AntragstellerIn (Name / Telefonnummer)

Ich bin...

- | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | MitarbeiterIn | <input type="checkbox"/> | PatientIn | <input type="checkbox"/> | gesetzl. BetreuerIn |
| <input type="checkbox"/> | Vorsorgebevollmächtigte/r | <input type="checkbox"/> | Angehörige/r | | |

Ethische Fragestellung (*Bei Bedarf bitte weiteres Blatt anfügen*):

Abteilung / Station / Behandelnder Arzt _____

Datum und Unterschrift

Hinweise zum weiteren Verlauf:

Bitte werfen Sie diese Anforderung in den Briefkasten des Klinischen Ethikkomitees (im Eingangsbereich gegenüber den Aufzügen im EG); Leerung täglich Montag bis Freitag. Den Ablauf einer Beratung entnehmen Sie unserem Faltblatt (erhältlich beim Briefkasten oder in den Stationszimmern).