

Anforderungsbogen Ethik-Fallberatung (Klinische Ethikberatung)

I. WER FORDERT DIE ETHIKBERATUNG AN?

Name: _____

Institution: _____

Telefon: _____

Sie sind (bitte unterstreichen): Patient / Betreuer / Bevollmächtigter / Angehöriger / Pflegender / Ärztin / Arzt

Andere Personengruppe (bitte beschreiben): _____

II. WIE LAUTET DIE FRAGESTELLUNG AN DAS KLINISCHE ETHIKKOMITEE?

Was ist der Konflikt? _____

Was ist der medizinische, pflegerische und soziale Sachverhalt? _____

III. DRINGLICHKEIT DER ETHIK-FALLBERATUNG?

Innerhalb der nächsten 24 Stunden

Innerhalb der nächsten 3 Tage

Innerhalb der nächsten Woche

IV. WER SOLL IHRER ANSICHT NACH AN DER ETHIK-FALLBERATUNG TEILNEHMEN?

Patient selbst: _____

Hausarzt: _____

Person 3: _____

Person 4: _____



Ambulantes
Ethikkomitee
Bochum

V. WANN IST EIN GÜNSTIGER TERMIN FÜR DIE ETHIK-FALLBERATUNG (CA. 45 – 60 MIN)?

Termin 1: _____

Termin 2 _____

Termin 3: _____

BITTE SENDEN SIE DIE ANFRAGE AN:

Geschäftsstelle des ambulanten Ethikkomitees
Am Heerbusch 3, 44894 Bochum
Tel.: 015257170697
Fax: 0234/57926519
info@ethikkomitee-bochum.de
www.ethikkomitee-bochum.de

Sprechzeiten des Ethikdienstes:
Mo, Di, Do: 10.00 – 15.00 Uhr
Mi und Fr: 10.00 – 12.00 Uhr