



Anforderung einer ethischen Fallbesprechung

An die Mitglieder der

Ethikkommission

Sekretariat: Frau Pohl / Anästhesie

Telefon: 02421 - 805 624

E-Mail: ethik.smh-dn@ct-west.de

Name, Vorname des Antragstellers:

Mitarbeiter

Patient

Betreuer

Bevollmächtigter

Falls Arzt oder Pflegekraft Antragsteller im Auftrag von Angehörigen sind, bitte auch die Kontaktdaten der Angehörigen angeben.

Patientenname:

Abteilung / Station

Ethische Fragestellung: *(bitte gut leserlich schreiben)*

Datum / Unterschrift
