

← Patientenetikette hier ▲ positionieren!

Name	Geschlecht
Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	
PLZ / Ort	
Allg. Geb.-Kl. ☐ Sonder Geb.-Kl. ☐ Selbstzahler ☐	
Klin. Hinweis bzw. Diagnose	

Klinisches Ethikkomitee

Telefon +43 50 504-224 04

Fax +43 50 504-672 2017

Anforderung Klinisches Ethikkonsil

Anforderung durch

Kontakt: _____ Datum: _____ Station: _____

Ethische Fragestellung

Klinische Daten, Diagnose

Prognose

Klinische Perspektiven Konferenz (KPK) in Anlehnung an einen Aktivitätsscore (advance care planing) durchgeführt?

JA ☐ NEIN ☐

Angabe zur persönlichen Situation des/der PatientIn

PatientInnenverfügung: JA ☐ NEIN ☐

Gesetzlicher Vertreter bei Kind/Minderjährigen (zB. Eltern): JA ☐ NEIN ☐

Vorsorgevollmacht: JA ☐ NEIN ☐

Erwachsenenvertreter: JA ☐ NEIN ☐

Familiensituation, derzeitige Betreuung

Religiöser, weltanschaulicher, kultureller Hintergrund
