

Anmeldung einer ambulanten Ethikberatung bei der Landesärztekammer Thüringen

Antragsteller: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Wenn vorhanden, weitere Ansprechpartner: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Dringlichkeit (Zeitraum): _____

Wer sollte außer einem beratenden Arzt noch am Gespräch **teilnehmen**: (bspw. beratende Person einer nichtärztlichen Profession (Pflegebereich, Psychologe, Seelsorger), Angehörige, Vertreter der Pflegeeinrichtung): _____

Gibt es:

- Patientenverfügung: Ja Nein
- Vorsorgevollmacht: Ja Nein
- Betreuer: Ja Nein

Diagnose und Fragestellung / ethischer Konflikt:

Datum, Unterschrift