

## PalliMed - Ortenau e.V. Antrag für eine ethische Fallbesprechung

### Antragsteller:

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Antragstellung durch:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt           | <input type="checkbox"/> Patient            |
| <input type="checkbox"/> Pflege             | <input type="checkbox"/> Betreuer           |
| <input type="checkbox"/> Hospizdienst       | <input type="checkbox"/> Angehörige         |
| <input type="checkbox"/> sonst. Therapeuten | <input type="checkbox"/> im Rahmen der SAPV |

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Aufenthaltort - Patient: \_\_\_\_\_

mit Anschrift und Telefon

### Aufenthaltort Patient:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wohnung                | <input type="checkbox"/> Beatmungs - WG |
| <input type="checkbox"/> Pflegeheim             | <input type="checkbox"/> sonstiges      |
| <input type="checkbox"/> Behinderteneinrichtung |   |

Hausarzt - Name: \_\_\_\_\_

mit Telefonnummer

### Hausarzt:

Informationsstand

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Angehörige                         |
| <input type="checkbox"/> ist informiert                     |
| <input type="checkbox"/> will an Fallbesprechung teilnehmen |
| <input type="checkbox"/> soll nicht informiert werden       |



## **PalliMed - Ortenau e.V. Antrag für eine ethische Fallbesprechung**

### **Beschreibung des ethischen Problems aus Sicht des Antragstellers**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Bitte melden Sie uns die Anfrage telefonisch über das Palliativ-Team Ortenau an  
Telefon: 0173 6582363), Wir werden Sie zurückrufen und obige Daten abfragen.  
Sie dürfen uns gerne das ausgefüllte Formular zusätzlich per mail zukommen lassen

PTO@ortenau-klinikum.de und info@pallimed-ortenau.de