

# Antrag auf ambulante Ethikberatung

Pallicura e.V. – Verein zur Förderung der Palliativ- und Hospizversorgung



Bitte senden oder faxen Sie das vollständig ausgefüllte Formular an:

Pallicura e.V.  
Birkenlohstraße 6  
92421 Schwandorf

Tel.: 09431 / 790 48 71  
Fax: 09431 / 790 48 72  
Email: [info@pallicura.de](mailto:info@pallicura.de)  
Web: <https://www.pallicura.de/>

## Antrag auf ambulante Ethikberatung

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Vorname, Name (Patient):              |  |
| Vorname, Name (Antragsteller):        |  |
| Verhältnis Antragsteller zum Patient: |  |
| Straße HNR, PLZ Ort (Patient):        |  |
| Kontakt-Tel.-Nr. für Rückmeldung:     |  |
| Konfession (Patient):                 |  |
| Patientenverfügung vorhanden:         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein und vor Ort einsehbar: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Vorsorgevollmacht vorhanden:          | <input type="checkbox"/> Ja (Name, Tel.) _____ <input type="checkbox"/> Nein   |
| Betreuungsurkunde vorhanden:          | <input type="checkbox"/> Ja (Name, Tel.) _____ <input type="checkbox"/> Nein   |
| Aktueller Arztbrief vorhanden:        | <input type="checkbox"/> Ja (bitte Antrag beifügen) <input type="checkbox"/> Nein  |
| Hausarzt (Name, Tel., Fax):           |  |
| Weitere behandelnde Ärzte:            |  |
| Ambulanter Pflegedienst:              |  |

## Veranlassung der ambulanten Ethikberatung

|  |   |
|--|---|
| Es liegt eine nicht-heilbare Erkrankung vor.   | <input type="checkbox"/> Ja, welche _____<br>_____<br><input type="checkbox"/> Nein |
| Infolge dieser Erkrankung muss eine Entscheidung oder Frage hinsichtlich der weiteren medizinischen und/oder pflegerischen Versorgung getroffen bzw. beantwortet werden. | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein                        |
| Welches Thema möchten Sie mit unserem Ethikberater besprechen? (kurze Erläuterung):<br>_____<br>_____<br>_____   |   |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

# Antrag auf ambulante Ethikberatung

Pallicura e.V. – Verein zur Förderung der Palliativ- und Hospizversorgung



## Erklärungen

### Haftungsfreistellung:

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

habe mich zur Unterstützung meiner selbstständigen Entscheidungsfindung bezüglich meiner weiteren Behandlung zu einer freiwilligen, kostenlosen Beratung durch den Pallicura - Verein zur Förderung der Palliativ- und Hospizversorgung e.V., Birkenlohstraße 6, 92421 Schwandorf entschlossen.

Im Hinblick auf diese Beratung stelle ich den Pallicura - Verein zur Förderung der Palliativ- und Hospizversorgung e.V. sowie seine Vorstandschaft, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von jeglicher Haftung frei.

**Die ambulante Ethikberatung ersetzt nicht die Beratung durch Ihren behandelnden Haus-, Fach- und/oder Stationsarzt.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung:

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

habe mich an den Pallicura - Verein zur Förderung der Palliativ- und Hospizversorgung e.V., Birkenlohstraße 6, 92421 Schwandorf gewandt um dessen freiwillige und kostenlose Beratung in Anspruch zu nehmen, die mich in meiner selbstständigen Entscheidung hinsichtlich meiner weiteren Behandlung unterstützen soll. Das Ergebnis der durchgeführten Beratung teilt der Pallicura - Verein zur Förderung der Palliativ- und Hospizversorgung e.V. meinem behandelnden Arzt mit.

#### 1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten

Mir ist bekannt, dass der Pallicura - Verein zur Förderung der Palliativ- und Hospizversorgung e.V. Gesundheitsdaten vom mir erhält und diese Daten speichert und nutzt, soweit dies für die Beratung notwendig ist.

Ich willige hiermit ausdrücklich ein, dass der Pallicura e. V. meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies im Zusammenhang mit meiner Beratung erforderlich ist.

#### 2. Einwilligung in die Abfrage meiner Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Im Rahmen meiner Beratung ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über meine Gesundheitsdaten verfügen. Solche mich behandelnden Stellen können sein Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

Ich willige hiermit ein, dass der Pallicura - Verein zur Förderung der Palliativ- und Hospizversorgung e.V. meine Gesundheitsdaten, soweit dies im Zusammenhang mit meiner Beratung erforderlich ist, bei den mich behandelnden Stellen, wie Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diesen Zweck verwendet.

Ich befreie sämtliche mich behandelnden Stellen, wie Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern oder Mitarbeiter der genannten Einrichtungen insoweit von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Pallicura e. V. sowie seinen Mitarbeitern.

Soweit erforderlich: Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch gegenüber meinem gesetzlichen Betreuer.

#### 3. Geltung der Erklärungen

Diese Erklärungen gelten auch über meinen Tod hinaus. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Antrag auf ambulante Ethikberatung

Pallicura e.V. – Verein zur Förderung der Palliativ- und Hospizversorgung



Von Pallicura – Verein zur Förderung der Palliativ- & Hospizversorgung e.V. auszufüllen:

## Entscheid

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>Der Antrag wird genehmigt.</b><br>Die Kosten die beantragte ambulante Ethikberatung werden von Pallicura – Verein zur Förderung der Palliativ- & Hospizversorgung e.V. übernommen.  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Der Antrag wird abgelehnt.</b><br>Begründung:<br><input type="checkbox"/> Die Antragsvoraussetzungen sind nicht oder nicht vollständig erfüllt.<br><input type="checkbox"/> Es steht kein Ethikberater für den beantragten Zeitraum zur Verfügung.<br><input type="checkbox"/> Die finanziellen Mittel stehen zum Antragszeitpunkt nicht zur Verfügung.<br><input type="checkbox"/> Sonstige: |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 1. Vorsitzende

## Terminvereinbarung/ Rückmeldung

|  |  |
|--|--|
| Der Antragsteller hat Rückmeldung über den Entscheid erhalten  | <input type="checkbox"/> Ja, am _____<br><input type="checkbox"/> Nein |
| Es wurde ein Beratungstermin vereinbart. Der Termin findet am _____ um _____ Uhr<br><input type="checkbox"/> in der Häuslichkeit des Patienten/ Angehörigen statt<br><input type="checkbox"/> im Vereinsbüro statt (nach 13 Uhr außer mittwochs) |  |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ethikberater