

FORMULAR DE SESIZARE

Câmpurile marcate cu * sunt obligatorii!

- Numele și prenumele:

Solicitant*

- ☐ pacient
- ☐ aparținător
- ☐ personal medico-sanitar
- ☐ conducere unitate sanitară
- ☐ asociație pacienți

- Spitalul unde ați fost internat*:

- Secția unde ați fost internat*:

- Data internării*:

- Data externării*:

- Sesizarea dumneavoastră vizează*:

- ☐ încălcări ale drepturilor pacientului
- ☐ condiționarea serviciilor medicale
- ☐ abuzuri săvârșite asupra personalului medico-sanitar
- ☐ alte aspecte

- Categoriile de personal implicate*:

- ☐ medici
- ☐ asistente medicale/asistenți medicali
- ☐ infirmiere

- ☐ brancardieri
- ☐ portari
- ☐ personalul administrativ
- ☐ conducerea unității sanitare
- ☐ pacienți, aparținători sau reprezentanți legali ai acestora
- ☐ niciuna dintre variante

- Vă rugăm să detaliați sesizarea dumneavoastră (maximum o jumătate de pagină):

- Ați mai sesizat această problemă și către alte instituții/organisme?

- Nu

- Da

Dacă Da, către ce instituție? []

- Sesizarea dumneavoastră va primi un răspuns în cel mai scurt timp posibil. În acest scop vă rugăm să ne precizați care este modalitatea prin care doriți să fiți contactat(ă):*

- ☐ telefonic Numărul de telefon []
- ☐ prin e-mail E-mail []
- ☐ prin poștă Adresa []