

FORMULAR DE SESIZARE

- Numele și prenumele:
- Spitalul unde ați fost internat*:
- Secția unde ați fost internat*:
- Data internării*:ZI/LUNA/ANUL
- Data externării*:ZI/LUNA/ANUL
- Sesizarea dumneavoastră vizează*:
 - () Încălări 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
 - () Personal administrativ
 - () Conducerea unității sanitare
 - () Niciuna dintre variante
- Vă rugăm să detaliați sesizarea dumneavoastră(maxim o jumătate de pagină):

- Ați mai sesizat această problemă și către alte instituții / organisme?
 Nu
 Da Dacă Da, către ce instituție?

- Sesizarea dumneavăastră 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 email E – mail:
 Prin poștă Adresa :

NOTĂ: Câmpurile marcate cu * sunt obligatorii.