

## FORMULAR DE SESIZARE

Câmpurile marcate cu \* sunt obligatorii!

• Numele și prenumele:

• Spitalul unde ați fost internat\*:

• Secția unde ați fost internat\*:

• Data internării\*

DD/  MM/  YYYY

• Data externării\*

DD/  MM/  YYYY

• 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

Personal administrativ

Conducerea unității sanitare

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 email

E-mail

Prin poștă

Adresa