

FORMULAR DE SESIZARE ONLINE*)

*) Formularul de sesizare tipărit va cuprinde aceleași informații ca și cel online.

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

nr. telefon

Prin e-mail

adresa de e-mail

Prin poștă

adresa corespondenta