

# FORMULAR DE SESIZARE

(Câmpurile marcate cu \* sunt obligatorii!)

- Numele si prenumele: .....
- Solicitant \*:
  - Pacient
  - Apartinator
- Spitalul unde ati fost internat \*: .....
- Sectia unde ati fost internat \*: .....
- Data internarii \*:  ziua /  luna /  anul
- Data externarii \*:  ziua /  luna /  anul
- Sesizarea d-voastra vizeaza \*:
  - Incalcare ale drepturilor pacientului
  - Conditionarea serviciilor medicale
  - Abuzuri savarsite asupra personalului medico-sanitar
  - Alte aspecte .....
- Categoriile de personal implicate \*:
  - Medici
  - Asistente medicale/asistenti medicali
  - Infirmiere
  - Brancardieri/supraveghetori
  - Portari
  - Personal administrativ
  - Conducerea unitatii sanitare
  - Pacienti, apartinatori sau reprezaentanti legali ai acestora
  - Niciuna dintre variante
- Va rugam sa detaliiati sesizarea d-voastra \*:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Ati mai sesizat aceasta problema si catre alte institutii/organisme?  
 Nu       Da

Daca da, catre ce institutie?

- Sesizarea d-voastra va primi un raspuns in cel mai scurt timp posibil.
- In acest scop, va rugam sa ne precizati care este modalitatea prin care doriti sa fiti contactat/a:

Telefonic

Numarul de telefon

Prin e-mail

E-mail

Prin posta

Adresa