FORMULAR DE SESIZARE

    Câmpurile marcate cu \* sunt obligatorii!

    ● Numele şi prenumele:

    ● Spitalul unde aţi fost internat\*:

    ● Secţia unde aţi fost internat\*:

    ● Data internării\* ┌──┐ ┌──┐ ┌────┐

                          │ │DD/│ │MM/│ │YYYY

                          └──┘ └──┘ └────┘

    ● Data externării\* ┌──┐ ┌──┐ ┌────┐

                          │ │DD/│ │MM/│ │YYYY

                          └──┘ └──┘ └────┘

    ● Sesizarea dumneavoastră vizează\*:

      [] Încălcări ale drepturilor pacientului

      [] Condiţionarea serviciilor medicale

      [] Abuzuri săvârşite asupra personalului medico-sanitar

      [] Alte aspecte

    ● Categorii de personal implicate\*:

      [] Medici

      [] Asistente medicale/Asistenţi medicali

      [] Infirmiere

      [] Brancardieri

      [] Portari

      [] Personal administrativ

      [] Conducerea unităţii sanitare

      [] Niciuna dintre variante

    ● Vă rugăm să detaliaţi sesizarea dumneavoastră (maximum o jumătate de pagină):

    ● Aţi mai sesizat această problemă şi către alte instituţii/organisme?

      [] Nu

      [] Da Dacă Da, către ce instituţie ? ┌────────────────────┐

                                                 └────────────────────┘

    ● Sesizarea dumneavoastră va primi un răspuns în cel mai scurt timp posibil.

      În acest scop, vă rugăm să ne precizaţi care este modalitatea prin care

      doriţi să fiţi contactat(ă):\*

                                                         ┌─────────────────┐

      [] Telefonic Numărul de telefon │ │

                                                         └─────────────────┘

                                                         ┌─────────────────┐

      [] Prin email E-mail │ │

                                                         └─────────────────┘

                                                         ┌─────────────────┐

      [] Prin poştă Adresa │ │

                                                         └─────────────────┘