

ANEXA Nr. 4

FORMULAR DE SESIZARE 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*

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

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 Numărul de telefon []

prin e-mail E-mail []

prin poștă Adresa []

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