

FORMULAR DE SESIZARE ONLINE

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 dreptului 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
 - 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*:
 - Telefonice Număr de telefon _____
 - Prin e-mail Email _____
 - Prin poștă Adresa _____.