



Formular de Sesizare / Reclamație / Plângere

Campurile marcate cu * sunt obligatorii!

Numele si prenumele: _____

- Calitatea*:
- pacient
 - apartinator
 - personal medico-sanitar
 - conducere unitate sanitara
 - asociatie pacienti

Spitalul unde ati fost internat*: _____

Sectia unde ati fost internat*: _____

Data internarii* ZZ ____ / LL ____ / AAAA _____

Data externarii* ZZ ____ / LL ____ / AAAA _____

Sesizarea dumneavoastra vizeaza*:

- incalcarile ale drepturilor pacientului
- conditionarea serviciilor medicale
- abuzuri savarsite de catre personalul medico-sanitar
- abuzuri savarsite asupra personalului medico-sanitar
- alte aspecte

Categoriile de personal implicate*:

- medici
- asistente medicale/asistenti medicali
- infirmiere
- brancardieri
- portari
- personalul administrativ
- conducerea unitatii sanitare
- pacienti, apartinatori sau reprezentanti legali ai acestora
- niciuna dintre variante



Va rugam sa detaliati sesizarea dumneavoastra (maximum o jumatate de pagina):

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

nu _____

da _____

Daca Da, catre ce institutie? _____

Sesizarea dumneavoastra 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 prin numarul de telefon _____

prin e-mail la adresa _____

prin posta la adresa _____

Data: _____

Semnatura: