

## ANEXA 4

### FORMULAR DE SESIZARE

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 | \_\_\_\_\_ |