

Câmpurile marcate cu * sunt obligatorii!

- Numele și prenumele:
- Spitalul unde ați fost internat*:
- Secția unde ați fost internat*:

- Data internării *

DD / MM / YYYY

- Data externării *

DD / MM / YYYY

- Sesizarea dumneavoastră vizează*:

- Încălțări 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
- 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 email

E-mail

Prin poștă

Adresa