

FORMULAR DE SESIZARE ONLINE\*)

Câmpurile marcate cu \* sunt obligatorii.

- Numele și prenumele\*\* : .....legitimat cu  
B.I./CI SERIA.....NR.....domiciliat în.....,  
strada.....nr.....bl.....ap.....jud.....,  
tel.:....., în calitate de:

• Solicitant\*

- pacient
- aparținător (se va anexa dovada de 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



- 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.

\*\* - Sesizările anonime sau cele în care nu sunt trecute datele de identificare ale petiționarului nu se iau în considerare și vor fi clasate - art. 16.alin.4 din Ordinul nr. 1502/2016 .