



FORMULAR DE SESIZARE

Câmpurile marcate cu * sunt obligatorii!

- **Numele și prenumele:** _____

- **Spitalul unde ați fost internat*:** SPITALUL MUNICIPAL ODORHEIU-SECUIESC

- **Secția unde ați fost internat*:** _____

- **Data internării***

__|zi|/__|lună|/__|an

- **Data externării***

__|zi|/__|lună|/__|an

- **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?**



SPITALUL MUNICIPAL ODORHEIU SECUIESC CONSILIUL DE ETICĂ

- 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 _____