

FORMULAR DE SESIZARE ONLINE*)

prevăzut de Ordinul MS nr. 1.502/2016 pentru aprobarea componenței și a atribuțiilor Consiliului etic care funcționează în cadrul spitalelor publice

*) Formularul de sesizare tipărit va cuprinde aceleași informații ca și cel online.
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 Număr de telefon [_____]

prin e-mail E-mail [_____]

prin poștă Adresa [_____]