

<b>SPITALUL MUNICIPAL ADJUD</b>   <small>URS is a member of Registrar of Standards (Holdings) Ltd.</small>	<b>INFORMAREA SI COMUNICAREA</b>	<b>PS-18/F3</b>	
		<b>ED.: III</b>	<b>REV.: 0</b>
<b>Pag.1/2</b>			
<b>DIRECTOR MEDICAL</b>			

### Formular de sesizare<sup>1, 2</sup>

Numele și prenumele solicitantului\*: \_\_\_\_\_

Relația solicitantului cu instituția:     pacient

- aparținător
- personal medico-sanitar
- conducere unitate sanitară
- asociație pacienți

Spitalul unde ați fost internat\*                     Spitalul Municipal Adjud

\_\_\_\_\_

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

1 Câmpurile marcate cu \* sunt obligatorii.

2 Formularul de sesizare tipărit va cuprinde aceleași informații ca și cel online.

- 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 (adresa de e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_)
- prin poștă (localitate \_\_\_\_\_), cod \_\_\_\_\_, sector \_\_\_\_, județ \_\_\_\_\_, stradă \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, apart \_\_\_\_\_)