

Se inregistreaza in Registrul Sesizari –Reclamatii

Nr. / data

FORMULAR ⁽¹⁾ pentru SESIZAREA

- abaterilor de la prevederile Codului de conduita

Campurile marcate cu * sunt obligatorii!

– Numele si prenumele:

• Solicitant*

pacient; apartinator; personal medico-sanitar;

conducerea Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni; asociatie pacienti personal non-medical

– Spitalul unde ati fost internat*:

– Sectia unde ati fost internat*:

– Data internarii* ziua: / luna: / an:

– Data externarii* ziua: / luna: / an:

– **Sesizarea dumneavoastra vizeaza***:

incalcari ale drepturilor pacientului;

conditionarea serviciilor medicale

abuzuri savarsite asupra personalului medico-sanitar; alte aspecte

– **Categoriile de personal implicate***:

medici; asistente medicale/asistenti medicali; infirmiere; brancardieri;

portari; personalul administrativ; conducerea Spitalului de Pneumoftiziologie Leordeni;

pacienti, apartinatori sau reprezentanti legali ai acestora; niciuna dintre variante

– **Va rugam sa detaliami sesizarea (maximum o jumatate de pagina):**

- Ati mai sesizat aceasta problema si catre alte institutii/organisme?

Nu Da

Daca Da, catre ce institutie?

- **Sesizarea dumneavoastra va primi un raspuns in cel mai scurt timp posibil.**

In acest scop va rugam sa ne precizati care este modalitatea prin care doriti sa fiti contactat(a):*

telefonic Numarul de telefon:

prin e-mail E-mail:

prin posta Adresa:

(1) Formularul de sesizare tiparit va cuprinde aceleasi informatii ca si cel online.