

## Formularul de sesizare

---

*Câmpurile marcate cu \* sunt obligatorii!*

- Numele și prenumele:.....
- Spitalul unde ați fost internat\*:.....
- Secția unde ați fost internat\*:.....

• Data internării\*       DD/  MM/  YYYY

• Data externării\*       DD/  MM/  YYYY

- 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
  - Personal 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 DE PSIHIATRIE CAVNIC**  
**STR. UNIRII NR. 4, CAVNIC, MARAMUREȘ**  
**TEL./FAX +0262.295.012 / +0262.295.785**  
**e-mail : SPITALCAVNIC1@GMAIL.COM**

● 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 .....