

ANEXA Nr. 4 - Ordinul 1502/19-12-2016 - Ministerul Sănătății

## FORMULAR DE SESIZARE \* A CONSILIULUI DE ETICĂ

Câmpurile marcate cu \* sunt obligatorii! Necompletarea informațiilor obligatorii duce la invalidarea formularului.

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 \*: \_\_\_\_\_

Data externării \*: \_\_\_\_\_

Sesizarea dumneavoastră vizează \*:

- încălcări ale drepturilor pacientului
- condiționarea serviciilor medicale
- abuzuri săvârșite asupra personalului medico - sanitar
- alte aspecte

Categorii de personal implicate \*:

- medici
- asistente medicale/asistenti 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):

---

---

---

---

