



ROMÂNIA
JUDEȚUL IAȘI - CONSILIUL JUDEȚEAN IAȘI
SPITALUL CLINIC DE PNEUMOTIZIOLOGIE IAȘI



Str. dr. I.Cihac nr.30, Iași, ROMANIA
Tel:+40232-23.94.08/Fax:+40232.27.09.18, www.pneumo-iasi.ro

FORMULAR DE SESIZARE AL PACIENTULUI

DATA: ____ / ____ / ____

Stimate pacient,

Pentru că părerea dvs. este foarte importantă pentru noi, în scopul îmbunătățirii continue a calității serviciilor medicale oferite, vă rugăm să aveți amabilitatea completării cu sinceritate a prezentului chestionar.

Vă asigurăm de confidențialitatea datelor și de încercarea rezolvării problemelor sesizate de dvs. în timp cât mai scurt posibil.

Completați cu datele corespunzătoare opiniilor dumneavoastră sau marcați cu un „X” opțiunile pe care le considerați valabile în cazul dumneavoastră.

Câmpurile marcate cu * sunt obligatorii!

Numele și prenumele: _____

Spitalul unde ati fost internat*: _____

Secția unde ați fost internat*: _____

Data internării* (zi / luna / an): ____ / ____ / ____

Data externării* (zi / luna / an): ____ / ____ / ____

Sesizarea dumneavoastră vizează*:

☐ Încălări ale drepturilor pacientului

☐ Condiționarea serviciilor medicale

☐ Abuzuri săvârșite asupra personalului medico-sanitar

☐ Alte aspecte

Categorii 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?

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)*:

☐ Telefonice Numărul de telefon _____

☐ Prin e-mail Adresa e-mail _____

☐ Prin poștă Adresa poștală _____

VĂ MULȚUMIM!