**Organe de médiation pour le secteur hospitalier
du canton de Berne ; formulaire de contact :**

**1. Institution de la santé du Canton de Berne concernée :**

1. hôpitaux pour les **soins aigus somatiques**veuillez sélectionner l'institution concernée ou
2. hôpitaux pour la **réadaption** veuillez sélectionner l'institution concernée ou
3. **maisons de naissance** veuillez sélectionner l'institution concernée ou
4. **services de sauvetage** veuillez sélectionner l'institution concernée ou
5. hôpitaux pour les **soins psychiatriques**veuillez sélectionner l'institution concernée ou
6. **autres ?** veuillez cliquer ici

**2. Coordonnées des médecins / professionnels de la santé
 concernés :**

nom/prénom : veuillez cliquer ici

fonction : veuillez cliquer ici

 téléphone : veuillez cliquer ici

 e-mail : veuillez cliquer ici

nom/prénom : veuillez cliquer ici

fonction : veuillez cliquer ici

 téléphone : veuillez cliquer ici

 e-mail : veuillez cliquer ici

**3. Réclamations** (dans l’ordre d’importance s.v.pl.)

3.1. Énumération des demandes, préoccupations ou réclamations :

* 1. veuillez cliquer ici
	2. veuillez cliquer ici
	3. veuillez cliquer ici

3.2. Information sur les faits et les circonstances qui ont donné lieu aux
 réclamations : veuillez cliquer ici

3.3. Formulation de propositions susceptibles de mettre un terme au conflit :

1. veuillez cliquer ici
2. veuillez cliquer ici
3. veuillez cliquer ici

**4. Données personnelles**

nom/prénom : veuillez cliquer ici

adresse : veuillez cliquer ici

lieu de domicile : veuillez cliquer ici

téléphone privé : veuillez cliquer ici

mobile : veuillez cliquer ici

e-mail : veuillez cliquer ici

date de naissance : veuillez cliquer ici

**5. Questions générales**

5.1. Avez-vous **un avocat / une avocate** pour vous conseiller ? [ ] oui [ ] non

5.2. Êtes-vous en **traitement psychothérapeutique** ? [ ] oui [ ] non

5.3. Avez-vous conclu des **accords** au sujet de vos réclamations ? [ ] oui [ ] non

Si oui lesquels : veuillez cliquer ici

**6. Vos attentes / prescription**

6.1. Qu’attendez-vous du service de médiation ? veuillez cliquer ici

6.2. **Attention !** L’intervention de l’organe de médiation ne suspend pas le cours des délais légaux ordinaires (notamment la **prescription**) **!**

**7. Prise de contact : www.ombudsstelle-spitalwesen.ch**

1. de préférence par ce **formulaire de contact** où vos données personnelles sont protégées par HIN,
2. par e-mail : [**ombudsstelle-spitalwesen@hin.ch**](file:///C%3A%5CUsers%5CUrsula%5CDocuments%5COffice%5CSELBSTA%CC%88NDIG%5CKlientInnen2023%5COmbudssstelle%20BE%20Spita%CC%88ler%5CFormulare%2020231218%5Combudsstelle-spitalwesen%40hin.ch) (non protégé) ou
3. par téléphone : **079 356 95 64** en règle générale aux heures de bureau
4. (ou rappel dans les 2 jours) ou
5. par courrier pour la déclaration de levée du secret médical (cf. formulaire)