



**AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST** (RIVA 02198590503)  
**MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI PER PAZIENTI RICOVERATI**

|                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| <b>STRUTTURA RICHIEDENTE:</b> | <b>Azienda sanitaria</b> |
| Ospedale di .....             | UO .....                 |
| Reparto di ricovero .....     |                          |
| Recapito telefonico .....     |                          |

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| <b>IDENTIFICAZIONE RICOVERATO:</b> |              |
| Cognome .....                      | Nome .....   |
| Data nascita .....                 | n. SDO ..... |

**PRESTAZIONI RICHIESTE:** E: da Catalogo Regionale e/o Nomenclatore Tariffario dell'Azienda Erogante (N.T.A.)

|                                                                                                                                                                                                            |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                         |
| Codice Catalogo Regionale e/o N.T.A. Azienda Erogante                                                                                                                                                      | descrizione prestazione |
| 2) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                         |
| Codice Catalogo Regionale e/o N.T.A. Azienda Erogante                                                                                                                                                      | descrizione prestazione |
| 3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                         |
| Codice Catalogo Regionale e/o N.T.A. Azienda Erogante                                                                                                                                                      | descrizione prestazione |

**Quesito Diagnostico:** .....

Data ..... Il Medico richiedente ..... (timbro e firma)

**AUTORIZZAZIONE:** Direzione Sanitaria Ospedaliera .....  
 (timbro e firma)

Spazio da compilare qualora la U.O. erogante ritenga necessario integrare con altri esami indispensabili per il quesito clinico

|                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Codici Catalogo Regionale e/o Nomenclatore Tariffario dell'Azienda Erogante                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                         |
| Il Dirigente Medico erogante .....                                                                                                                                                                      | (timbro e firma) data erogazione .....                                                                                                                                                                  |
| Struttura erogante .....                                                                                                                                                                                | (codice e timbro)                                                                                                                                                                                       |

**ATTESTAZIONE del REPARTO richiedente**

Si attesta che le prestazioni richieste e quelle aggiuntive ritenute indispensabili per il quesito clinico indicate nel presente modulo sono state effettivamente erogate durante la degenza ospedaliera.

Il Direttore UO/Medico curante del reparto/Medico dimettente .....  
 (timbro e firma)