AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST (P.IVA 02198590503)

MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI PER PAZIENTI RICOVERATI

STRUTTURA RICHIEDENTE :	Azienda sanitaria_____
Ospedale di ..... Reparto di ricovero ..... Recapito telefonico	UO .....

IDENTIFICAZIONE RICOVERATO:

Cognome ..... Nome .....

Data nascita..... n. SDO .....

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

1) ☐☐.☐☐.☐☐ _____

Codice Catalogo Regionale e/o N.T.A Azienda erogante — descrizione prestazione

2) ☐☐.☐☐.☐☐ _____

Codice Catalogo Regionale e/o N.T.A Azienda erogante — descrizione prestazione

3) ☐☐.☐☐.☐☐ _____

Codice Catalogo Regionale e/o N.T.A Azienda erogante — descrizione prestazione

Quesito Diagnostico:_____

Note alla richiesta _____

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

☐☐.☐☐.☐☐ ☐☐.☐☐.☐☐ ☐☐.☐☐.☐☐

Codici Catalogo Regionale e/o Nomenclatore Tariffario dell'Azienda Erogante

Il Dirigente Medico erogante _____ (timbro e firma) data erogazione _____

☐☐.☐☐ _____

Codice Ministeriale U.O. erogante — descrizione struttura erogante 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