

(L.R. 25.10.94, N.72) - Partita IVA:01397530682
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE IN REGIME DI RICOVERO

N° 500

[illegible]**TOTALE GENERALE COSTI A CARICO DEL PAZIENTE**

Il Responsabile dell'Ufficio Area a Pagamento

Libera Professione Ambulatoriale in studi privati – Schema per tariffe

ALLEGATO C

Prestazione	A Onorario	B Fondo Perequativo	C Fondo Pers. Supporto indiretto	D Quota Aziendale	TARIFFA
RIMA VISITA		5% di A	2% di A	5 % di A	
ISITE SUCCESSIVE		5% di A	2% di A	5 % di A	
ERTIFICAZIONI		5% di A	2% di A	5 % di A	
RESTAZIONI CON USO DI MATERIALE DI CONSUMO e/o MANUFATTI, ecc.		5% di A	2% di A	5% di A + * costi sostenuti dall'Azienda	

B. : - * I costi sostenuti dall'Azienda per materiale di consumo, manufatti protesici e/o ortodontici, ecc. vanno detratti dai proventi tariffari del Dirigente (Colonna A)

AZIENDA SANITARIA LOCALE - PESCARA

ALLEGATO

(L.R. 25.10.94, N.72) - Partita IVA: 01397530682

RICHIESTA DI RICOVERO IN REGIME DI ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE A PAGAMENTO

Sottoscritto _____

il _____

idente a _____ via _____

efono _____ cod. fiscale _____

endo essere sottoposto, su prescrizione del proprio medico di fiducia, al seguente trattamento sanitario :

ede che tale prestazione venga erogata da codesta ASL in regime di libera attività professionale, previa iscrizione nel rispondente lista d'attesa e che la stessa venga eseguita in regime di libera attività professionale a pagamento, previo, dall'equipe medica operante presso codesta struttura indicata dal sottoscritto :

Dott. _____ individuato dal sottoscritto come medico prescelto

attuale anestesista prescelto Prof/Dott. _____

la vece la presente richiesta è effettuata dal Sig. _____

idente a _____ via _____

fono _____ Cod. fiscale _____

uopo dichiara :

- 1) di essere stato edotto che la prestazione di cui necessita è erogata, in alternativa, gratuitamente dal S.S.N.;
- 2) di essere stato informato che il preventivo di spesa riferito al costo complessivo della prestazione richiesta è di € _____ (euro _____). salvo conguaglio da calcolarsi al dimissione, e di accettarlo;
- 3) di ☐ volere ☐ non volere fruire dei servizi alberghieri differenziati disponibili nella ASL;
- 4) di ☐ volere ☐ non volere fruire delle eventuali consulenze specialistiche non urgenti in regime di attività libero-professionale a pagamento;
- 5) di versare, all'atto del ricovero, la somma di _____ (euro _____) pari al 50% dell'importo complessivamente previsto per la prestazione, a titolo di acconto;
- 6) di impegnarsi al pagamento del saldo che sarà determinato all'atto della dimissione.

etto, confermato e sottoscritto.

ata _____

Il Richiedente _____

Libera Professione Ambulatoriale individuale – Schema per tariffe

ALLEGATO A

Prestazione	Cat.	A Onorario	B Fondo Pers. Supporto diretto	C Fondo Perequativo	D Quota Azienda	E Fondo Pers. Supporto indiretto	TARIFFA
PRIMA VISITA	A		10%	7%	5%	2%	
VISITE SUCCESSIVE	A1		10%	7%	5%	2%	
PRESTAZIONI SEMPLICI (VACCINI, INFILTRAZIONI, Etc.)	A2		10%	7%	6%	2%	
CERTIFICAZIONI	A3		10%	7%	5%	2%	
VISITE SEMPLICI con PICCOLA STRUMENTAZIONE	B		10%	7%	7%	2%	
STRUMENTALE PURA (ESCLUSI LABORATORI)	C		10%	7%	5% + costi sostenuti	2%	
PICCOLI INTERVENTI IN ANESTESIA LOCALE	D		20%	7%	5% + costi sostenuti	2%	
ALTA STRUMENTALE	E		20%	7%	5% + costi sostenuti	2%	

Libera Professione Ambulatoriale in Equipe – Schema per tariffe

Prestazione	Cat.	A Onorario	Fondo Perequativo	Quota Azienda	Fondo Pers. Supporto indiretto	TARIFFA
ANALISI CLINICHE, ANATOMIA PATOLOGICA, CENTRO TRASFUSIONALE, MEDICINA NUCLEARE, RADIOLOGIA	F		7% di A	5% di A + costi sostenuti	2% di A	

I.B. : L'onorario dell'Equipe verrà ripartito su indicazione dell'equipe stessa.

- 1) colonna B= % della colonna A
- 2) colonna C= % della colonna A
- 3) colonna D= % della colonna A più, per le categorie dalla C alla F1, i costi sostenuti dall'Azienda per l'effettuazione delle prestazioni
- 4) colonna E= % della colonna A

Oggetto : Personale del Comparto Area Livelli del Presidio Ospedaliero di Pescara
Dichiarazione ai sensi dell'art.8 Decreto 28 / 02 / 97 .

Al Direttore Medico del Presidio Ospedaliero di
PESCARA

Il / la sottoscritt _____ in servizio
presso la Unità Operativa / Servizio di _____ del Presidio
Ospedaliero di Pescara con la qualifica di _____

DICHIARA

di essere disponibile ad effettuare orario di lavoro aggiuntivo a supporto dell'attività
libero professionale , così come disciplinato con Delibera n° 1054 del 03 / 09 / 02 .

Dichiara , inoltre , di voler effettuare detto servizio :

- ☐ solo in orario di servizio
- ☐ solo fuori orario di servizio

Pescara _____

FIRMA
