_____, lì_____

Alla Direzione Medica di Presidio del P.O.

.....
SEDE

Il sottoscritto dr./dr.ssa_____, avendo ricevuto dal/la sig./sig.ra

_____nato/a a _____

Il_____ residente a_____

Via/piazza_____n._____CAP_____

Tel_____C.F. _____

Documento d'identità_____

Codice assistito_____,

proposta di essere ricoverato/a in regime libero-professionale/solvenza con una delle seguenti opzioni:

libera professione (per pz parz. ass. dal SSN):
- medico – cod. 5
- medico+ équipe – cod. 5
- medico + differenza alberghiera – cod. 6
- medico +équipe + differenza alberghiera - cod. 6

solvenza pura (pz non assistito dal SSN):
- medico + differenza alberghiera – cod. 4
- medico + équipe + differenza alberghiera – cod. 4

con diagnosi in entrata:_____ codice diagnosi_____

codice procedura principale dell'intervento che si intende eseguire_____

descrizione protesi (indicando marca e modello)*_____

durata presunta del ricovero: giorni n._____, data prevista per il ricovero_____

tempi d'attesa previsti per il medesimo intervento in attività istituzionale: giorni n._____

nominativi componenti dell'équipe chirurgica e anestesiologica_____

_____

chiede a Codesta Spettabile D.M.P. l'autorizzazione ai ricovero.

_____
Firma del Professionista prescelto
(firma necessaria solo per la libera professione)

_____
Firma del Paziente o del legale rappresentante

_____
Firma per autorizzazione del Direttore Medico del P.O.

*Il costo verrà posto a carico del paziente solo nell'ipotesi di protesi non rimborsabili da Regione Lombardia e non ricompresi nel DRG