

COPIA



Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
AOO: Registro ASUR AREA VASTA 2 - ANCONA

Al Direttore Area Vasta 2

Al Dirigente U.O.C. Libera Professione e Recupero
Crediti Prestazioni Sanitarie

0189647 | 01/12/2017
ASURAV2 | AFFGEN | A

Loro Sedi

LIBERA PROFESSIONE IN REGIME AMBULATORIALE:
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE/VARIAZIONE.

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa ARDESIA MARCO

dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

- indeterminato
 determinato
- in regime di esclusività

in servizio presso la U.O. (Struttura - Reparto) di GA STROENTEROLOGIA

Sede di Fabriano Jesi Ancona Senigallia

CHIEDE

- per se stesso
 per l'équipe, denominata: _____ in qualità di
_____ ovvero (nel caso di nuova costituzione) composta dai seguenti

dirigenti:

dr. _____ dr. _____

dr. _____ dr. _____

dr. _____ dr. _____

Coordinatore d'Équipe dr. _____

- l'apertura di un nuovo ambulatorio.
- la modifica/aumento dell'orario dell'ambulatorio di _____ già autorizzato.
- la modifica delle tariffe delle prestazioni già autorizzate
- l'effettuazioni di nuove prestazioni presso l'ambulatorio autorizzato:

UBICAZIONE AMBULATORIO DA APRIRE (compilare per le richieste di cui al punto n. 1).

Ubicazione (indicare: struttura e collocazione interna, es. piano, reparto, ecc.):

AMBULATORI DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA - 3° PIANO

AMBULATORI DI GASTROENTEROLOGIA

PRESTAZIONI CHE SI INTENDONO EROGARE (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,3,4)

Codice Reg.le	Descrizione	Onorario Professionale richiesto(1)	Tariffa finale proposta (1)	Tempo medio di esecuzione (2)	Ausilio Personale di Supporto diretto (3) (SI/NO)
4513	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA		156 EURO	30 MINUTI	SI
4523	COLONOSCOPIA		191 EURO	60 MINUTI	SI
89700	VISITA GASTROENTEROLOGIA		100 EURO	45 MINUTI	NO
89010	VISITA GASTROENTEROLOGIA DI CONTROLLO		80 EURO	30 MINUTI	NO

(1) il professionista può decidere il proprio onorario (in tal caso la tariffa finale sarà calcolata d'ufficio) ovvero fissare la tariffa finale (in tal caso sarà l'onorario ed essere ricavato d'ufficio).

(2) per esigenze CUP i tempi medi delle prestazioni prenotabili indistintamente in una agenda devono essere multipli tra loro, es: 15, 30,45 oppure 10, 20, 30 e così via.

ORARIO OPERATIVITA' (compilare per le richieste ai punti nn. 1,2,4)

Prestazioni	Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato	
	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COLONOSCOPIA			15:00	18:00								
VISITA GASTROENTEROLOGIA					16:00	20:00						

MACCHINARI ED ATTREZZATURE UTILIZZATE (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,4)

(descrizione) PER LO SVOLGIMENTO DELLE SOPRACITATE ATTIVITA' SI RICHIEDE L'UTILIZZO DELLA STRUMENTAZIONE ENDOSCOPICA E DEI MATERIALI DI CONSUMO GIÀ IN USO PRESSO LA U.O.C. DI GASTROENTEROLOGIA ATTUALMENTE IN USO PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' ENDOSCOPICA IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE ADOTTATI DAGLI ALTRI COLLEGGI MATERIALI IMPIEGATI (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,4)

Indicare per ogni prestazione, gli eventuali materiali specifici utilizzati (Kit monouso, ferri chirurgici, eventuale necessità di sterilizzazione, farmaci ecc.; non è comunque necessario indicare il materiale di consumo generico di ogni ambulatorio quale garze, telini ecc.)

Prestazione: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA Materiali utilizzati: SI RICHIEDE L'UTILIZZO DELLA

STRUMENTAZIONE ENDOSCOPICA E DEI MATERIALI DI CONSUMO GIÀ IN USO PRESSO LA U.O.C. DI GASTROENTEROLOGIA ATTUALMENTE IN USO DAGLI ALTRI COLLEGGI IN LIBERA PROFESSIONE

Prestazione: COLONOSCOPIA Materiali utilizzati: VEDI SOPRA

Prestazione: VISITE AMBULATORIAZI Materiali utilizzati: _____

EVENTUALI MODALITA' DI RIPARTIZIONE DEI COMPENSI ALL'INTERNO DELL'ÈQUIPE:
(qualora non definite, potranno essere indicate di volta in volta dal coordinatore in sede di liquidazione mensile)

COMUNICAZIONI: il/i richiedente/i con la sottoscrizione prende/ono atto che tutte le comunicazioni inerenti la gestione nel tempo della presente autorizzazione avvengono via posta elettronica. A tale scopo chiede/ono di inviare le e-mail al/ai seguenti indirizzi:
marco.ardesia@libera.it.....
marco.ardesia@sanita.marche.it
.....@.....

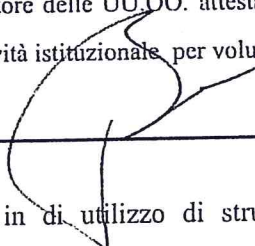
SENIGALLIA Li, 27/11/2017

IL PROFESSIONISTA	OVVERO	I COMPONENTI L'ÈQUIPE
<u>Marco Ardèsia</u>		_____

PARERI FAVOREVOLI E NULLA OSTA

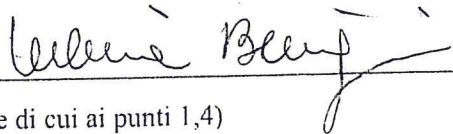
Direttore U.O.C. (per richieste di cui ai punti 1,2,4)

(Con la sottoscrizione per parere favorevole il Direttore delle UU.OO. attesta anche che le medesime prestazioni sono rese erogate dalla U.O.C. di appartenenza in attività istituzionale per volumi non inferiori a quelli programmati in attività libero professionale).

 Bianchi

Direttore di Dipartimento (solo in caso in di utilizzo di strutture o attrezzature a valenza dipartimentale)

Direzione Medica di Presidio/ovvero Direzione di Distretto (solo per richieste di cui ai punti 1,2,4)



Dirigente Professioni Sanitarie (solo per richieste di cui ai punti 1,4)