

0081658 | 08/05/2015
ASURAV2 | AFFGEN | A



Al Direttore Area Vasta 2

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

Loro Sedi

LIBERA PROFESSIONE IN REGIME AMBULATORIALE;
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE/VARIAZIONE.

Il/la sottoscritto/a Dr./~~D.ssa~~ PAOLO LANZAFAME
dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

indeterminato
 determinato
in regime di esclusività

in servizio presso la U.O. (Struttura - Reparto) di MEDICINA P.O. DI LORETO
Sede di Fabriano Jesi Ancona Senigallia

CHIEDO:

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

dr. _____ dr. _____
dr. _____ dr. _____
dr. _____ dr. _____
Coordinatore d'Equipe dr. _____

- 1. l'apertura di un nuovo ambulatorio
- 2. la modifica/aumento dell'orario dell'ambulatorio di _____ già autorizzato.
- 3. la modifica delle tariffe delle prestazioni già autorizzate
- 4. l'attuazione di nuove prestazioni presso l'ambulatorio autorizzato.

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE/AMBULATORIO DA APRIRE (compilare per le richieste di cui al punto 4. 1)

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

OSPEDALE DI LORETO AMBULATORIO DIVISIONALE
PIANO TERRA (O REPARTO PER VISITE DI CONTROLLO)

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

Codice Reg.le	Descrizione	Onerario Professionale richiesto(1)	Tariffa finale proposta (1)	Tempo medio di esecuzione (2)	Ausilio Personale di Supporto diretto (3) (SI/NO)
	VISITA SPECIALISTICA				
	+ ESAME STRUTTURALE				
	(ECGRAFIA CARDIACA E INTERNISTICA - EGA - ECG) € 119			35'	
	ECOCARDIO COLOREDOPPLER € 80			35'	
	VISITA DI CONTROLLO € 43				
	CONTROLLO + ES. STRUTTURALE € 78			20'	

(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
4 VISITE SPEC - ESAMI STRUC					14:30	16:50						
4 VISITE CONTROLLO	14:45	16:05										

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

(descrizione) ECOGRAFO - ELETTROCARDIOGRAFO
ETOCASANALIZZATORE

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: ECG - ECOGRAFIA Materiali utilizzati: GEL (ELETTROCONDUZIONE PER US), CARTA ELETTROCARDIOGRAFICA, CARTA FOTOGRAFICA (ECO)
 Prestazione: EGA Materiali utilizzati: SOLUZIONE DI ENOCAL

Prestazione: _____
Materiali utilizzati: _____

EVENTUALI MODALITA' DI RIPARTIZIONE DEI COMPENSI ALL'INTERNO DELL'EQUIPE:
(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:

ALILANZ963 @ ALICE.IT
@
@

Li, _____

IL PROFESSIONISTA

OVVERO

I COMPONENTI L'EQUIPE

[Signature]
PRESIDIO OSPEDALIERO LORETO
U.O. MEDICINA
Dot. Lanzatame Paolo
Dirigente Medico Tel. 071.7505262
C.F. LNZPLA 53L02 A399T
Huc

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 U.O.C. 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).

[Signature]

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)