

Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
 ADD: Registro ASUR AREA VASTA 2 - ANCONA
0126969 / 01/07/2015
ASURAV2 / AFFGEN / A



GIRETTI

ARRIVO
 - 1 LUG 2015
 A.S.U.R. MARCHE
 AREA VASTA N° 2 - JESI

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./Dr.ssa GENTILE ADDONA
 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. Sorbo
 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. _____

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'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.):

OSPEDALE di JORETO, AMBULATORIO CARDIACCO-
PIANO 0

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) |
|---------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---|
| | Prima visita med. di settore cardiologica, endocrinologica | 65 | | 20 min | |
| | Visita completa di esami strumentali | 100 | | 20 min | |
| | Visita di controllo | 40 | | 20 min | |
| | Eccardiogramma, ecografia tiroide | 60 | | 20 min | |
| | E C G | 25 | | 20 min | |

* endocrinologica = diabetologica + malattie della tiroide

- (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 |
| | | | | | | | | | 14,30 | 16,30 | | |
| | | | | | | | | | | | | |

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

(descrizione) Elettrocardiografo, ecardiografo ESAOTE MyLAR 30 GOLD

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: E C G Materiali utilizzati: Elettrocardiografo

Prestazione: Eccardiogramma, ecografia tiroide Materiali utilizzati: Eccardiografo ESAOTE
Ecografia addome

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:

adriana.gentile @sanita.marche.it
ade.gentile @gmail.com
.....@.....

Loreto

Li, 6/05/15

IL PROFESSIONISTA

OVVERO

I COMPONENTI L'EQUIPE

Adriana Gentile

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 o in attività libero professionale).

~~RESIDIO OSPEDALIERO OSIMO
Dott. Cavelli Libero
Dir. Medico Tel. 071.7130703
C.F. 02468117L117F~~

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)