

0185557 | 31/10/2016
ASURAV2 | AFFGEN | A

ARRIVO
31 OTT. 2016
A.S.U.R. MARCHE
AREA VASTA N° 2 - JESI

Giletti

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 ANDREA STONATI
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 AV 2 (LORETO)

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.):

LORESTO ; PIANO TERRA

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)
18200 897	PRIMA VISITA SPEC. CA DI EMATOLOGIA IN PL IN	80 €		20 m	SI (inf)
18000	COAGULAZIONE VISITA SPECIALISTICA DI	EMATOLOGIA			
8901	TERAPIA A.C.O. CONTROLLO VISITA EMATOLOGIA IN PL. IN TERAPIA A.C.O.	45 €		20 m	SI (inf)
16931	VISITA DI SORVEGLIANZA X TERAPIA	ANTI COAGULANTE			

- (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). 45
- (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
VISITA EMAT.							14.30	16.30				

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

(descrizione) _____

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: VISITE SPECIALISTICHE MED. INTERNA Materiali utilizzati: _____

Prestazione: VISITE SPECIALISTICHE EMATOLOGIA Materiali utilizzati: ECG
PER PAZIENTE IN TERAPIA A.C.O.

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:

stronatiandrea@libero.it

.....@.....

.....@.....

LORETO Li. 2/8/2016

IL PROFESSIONISTA

OVVERO

I COMPONENTI L'EQUIPE

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).

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)